

X96 098 2242



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
INSTITUTO SUPERIOR DE ECONOMIA E GESTÃO

MESTRADO EM: SISTEMAS SÓCIO-ORGANIZACIONAIS DA
ACTIVIDADE ECONÓMICA

A SATISFAÇÃO DOS UTENTES AO NÍVEL DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS
DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO

Maria José Ricardo Lopes

Orientação: Mestre António José Maco Ferreira Bento

Julho/1999

Júri

Presidente:

Prof. doutor José Maria Carvalho Ferreira

Vogais:

Doutor João Alfredo dos Reis Peixoto

Doutor António Caetano

Mestre António José Maco Ferreira Bento



Título:

A SATISFAÇÃO DOS UTENTES AO NÍVEL DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS
DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO

Tese de dissertação para obtenção do grau de Mestre em Sistemas Sócio-
Organizacionais da Actividade Económica na variante da Sociologia da
Empresa

Orientada por

Mestre António José Maco Ferreira Bento

Elaborada por

Maria José Ricardo Lopes

Júri

Presidente:

Prof. doutor José Maria Carvalho Ferreira

Vogais:

Doutor João Alfredo dos Reis Peixoto

Doutor António Caetano

Mestre António José Maco Ferreira Bento



ABSTRACT

The user's point of view is increasingly being viewed as a truly valid measurement to judge the quality of health services.

Knowing the existence of a positive relationship between the conformity of the patient with the therapy orientations and the favourable judgment that the first one formulates about the encounter with the doctor it could say that the satisfaction operates like a reinforcement of the effective capacity of diagnosis and therapy, the same way that contributes to the continuity of caring.

The user's point of view becomes very important to any health organization that wants, for instant implant a quality continuous improvement program, or a total management of quality, based in the user's expectations.

The objective of this study was to compare which were the levels of satisfaction/unsatisfaction of the users of an health center. The study also wanted to analyse the satisfaction/unsatisfaction of the users with general practioners, in the same institution.

Key words: user's satisfaction, quality, doctor - patient's relationship.

RESUMO

O ponto de vista do utente é cada vez mais perspectivado como uma medida bastante válida para ajuizar a qualidade dos serviços de saúde.

Constatando-se a existência de uma relação positiva entre a conformidade do paciente com as orientações terapêuticas e o juízo favorável que o primeiro formula acerca do encontro com o médico, pode-se afirmar que a satisfação opera como reforço da capacidade efectiva de diagnóstico e terapêutica, da mesma forma que contribui para a continuidade de cuidados.

O ponto de vista do utente assume-se como fundamental para qualquer organização de saúde, que queira, por exemplo, implantar um programa de melhoria contínua de qualidade, ou mesmo de gestão da qualidade total, tendo por base as expectativas dos seus utentes.

O objectivo deste estudo foi aferir quais eram os níveis de satisfação/insatisfação dos utilizadores de um centro de saúde. O estudo pretendeu também analisar a satisfação/insatisfação dos utentes com os clínicos gerais na mesma instituição.

Palavras chave: satisfação do utente, qualidade, relação médico-paciente.

ÍNDICE

Abstract	pág 2
Resumo	3
Lista de gráficos e tabelas	5
Agradecimentos	7
I - APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	
1.1 Introdução	8
1.2 Escolha do tema	10
1.3 Objectivos do trabalho e metodologia utilizada	12
1.4 Estrutura do trabalho	13
II - ENQUADRAMENTO	
2.1 A especificidade das organizações de saúde: o caso do centro de saúde	14
2.2 O centro de saúde, numa perspectiva histórica	20
2.3 A clínica geral e o médico de família	24
2.4 A relação médico-paciente	26
2.5 A satisfação dos utentes	30
2.5.1 O conceito de satisfação	30
2.5.2 A avaliação da satisfação dos utentes	34
2.5.3 O papel da satisfação dos utentes na avaliação da qualidade dos cuidados	38
2.5.4 As dimensões da satisfação	41
III - ESTUDO DE CASO	
3.1 Caracterização do centro de saúde	43
3.1.1 Instalações e equipamentos	44
3.1.2 O funcionamento e a organização	45
3.2 Metodologia de investigação	47
3.2.1 Selecção das dimensões a avaliar	47
3.2.2 Hipóteses e sub-hipóteses testar	49
3.2.3 Construção e administração do questionário	50
3.3 Apresentação e discussão dos resultados	53
3.3.1 Caracterização da amostra	53
3.3.2 Caracterização dos motivos da deslocação ao centro de saúde	56
3.3.3 Análise da satisfação dos utentes em relação à acessibilidade às consultas de medicina geral e familiar	58
3.3.4 Análise da satisfação dos utentes em relação às amenidades	60
3.3.5 Análise da satisfação dos utentes em relação às dimensões clínicas dos cuidados prestados	64
3.3.6 Verificação das hipóteses e sub-hipóteses	71
3.4 Conclusão	79
Bibliografia	81
Anexos	88

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

	pág.
Gráfico n.º1 Distribuição dos utentes segundo o sexo	53
Gráfico n.º2 Distribuição dos utentes segundo a idade	54
Gráfico n.º3 Distribuição dos utentes segundo o grau de escolaridade	54
Gráfico n.º4 Distribuição dos utentes segundo a situação perante o emprego	55
Gráfico n.º5 Motivos de deslocação dos utentes às consultas de medicina geral e familiar	56
Gráfico n.º6 Avaliação dos utentes do acesso às consultas de medicina geral e familiar	59
Gráfico n.º7 Avaliação dos utentes acerca do conforto das salas de espera	61
Gráfico n.º8 Avaliação dos utentes do atendimento administrativo	62
Gráfico n.º9 Avaliação dos utentes do atendimento de enfermagem	63
Gráfico n.º10 Avaliação dos utentes da atenciosidade dos médicos (utentes com médico de família)	65
Gráfico n.º11 Avaliação dos utentes da atenciosidade dos médicos (utentes sem médico de família)	65
Gráfico n.º12 Avaliação dos utentes das explicações/esclarecimentos durante as consultas (utentes com médico de família)	66
Gráfico n.º13 Avaliação dos utentes acerca das explicações/esclarecimentos prestados durante as consultas (utentes sem médico de família)	67
Gráfico n.º14 Comunicação com o médico acerca de problemas pessoais/familiares (utentes com médico de família)	67
Gráfico n.º15 Avaliação dos utentes acerca do tempo de duração da consulta (utentes com médico de família)	68
Gráfico n.º16 Avaliação dos utentes acerca da competência técnica do médico (utentes com médico de família)	69
Tabela n.º1 Utentes atribuídos ou não a um médico de família, segundo a satisfação com o acesso às consultas de medicina geral e familiar	72
Tabela n.º2 Utentes atribuídos ou não a um médico de família, segundo a satisfação com os tempos de espera	73
Tabela n.º3 Utentes atribuídos ou não a um médico de família, segundo a satisfação com o pessoal administrativo	74
Tabela n.º4 Satisfação com o médico de família, segundo a satisfação com a	

atenção dispensada (utentes com médico de família)	75
Tabela n.º5 Satisfação com o médico de família segundo a satisfação com as explicações/esclarecimentos (utentes com médico de família)	75
Tabela n.º6 Satisfação com o médico de família, segundo a satisfação com a comunicação (utentes com médico de família)	76
Tabela n.º7 Satisfação com o médico de família, segundo a satisfação com o tempo de duração da consulta (utentes com médico de família)	77
Tabela n.º8 Satisfação com o médico de família, segundo a avaliação da competência técnica (utentes com médico de família)	78

AGRADECIMENTOS

É nosso desejo agradecer a todos quantos contribuíram para a realização deste trabalho, em especial:

Aos utentes pela sua colaboração, imprescindível para a realização do estudo.

Ao centro de saúde pela disponibilidade concedida para a realização do trabalho.

Ao Dr. António Bento pela orientação e colaboração.

À Maria de Jesus, à Paula e ao José.

A meus pais.

I - APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

1.1 Introdução

O principal critério para se garantir a contínua melhoria da qualidade dos cuidados de saúde é satisfazer as necessidades dos cidadãos utentes/doentes. De facto, o doente é o único competente para dizer se os cuidados que recebeu o ajudaram a melhorar o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida.

Para podermos contribuir para uma maior sensibilidade da prática da Medicina Geral e Familiar em relação às necessidades dos doentes necessitamos de compreender as suas expectativas e as suas prioridades em relação aos cuidados que recebem. Este aspecto torna-se ainda mais importante quando as prioridades em cuidados de saúde são ainda normalmente determinadas pelos profissionais e pelas administrações de saúde e quando se sabe que estes actores têm perspectivas diferentes no que respeita às noções de qualidade, entre si e em relação às dos doentes.

Na realidade, se ignorarmos as perspectivas dos doentes no que concerne aos tipos preferidos de cuidados, podemos estar a negligenciar aspectos da prestação de cuidados que sejam considerados importantes pelo consumidor destes mesmos cuidados.

Sabe-se que a monitorização da satisfação dos utentes/doentes com o seu médico de família e o seu centro de saúde desempenha um triplo papel. Primeiro, constituem um juízo referente à qualidade dos cuidados prestados envolvendo valores, experiências, expectativas e percepções dos doentes.

Segundo, são considerados resultados em saúde que os médicos de família pretendem atingir como indicadores de sucesso da sua prática clínica. Terceiro, podem ser um indicador dos aspectos dos cuidados passíveis de melhoramento.

Em síntese, para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde é imprescindível o conhecimento das expectativas e opiniões dos utentes, tendo como objectivo criar serviços personalizados e flexíveis, onde o utente seja o centro das actividades a coordenar.

1.2 Escolha do tema

Nos últimos anos, a visão do utente como agente meramente passivo da relação assistencial tem vindo a ser posta em causa por consumidores mais conscientes dos seus direitos e mais participativos nos cuidados que lhe são prestados.

Em Portugal, a importância dada à opinião/participação do utente teve recentemente reconhecimento e consagração legal. A lei de Bases da Saúde (Lei n.º48/90 de 24 de Agosto) refere expressamente que “... os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com os interesses dos utentes ...” (Base II, alínea d), bem como que “... é promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento, e no controlo e funcionamento dos serviços ...” (Base II, alínea g); e ainda que “... é colhida informação sobre a qualidade dos cuidados, o seu grau de aceitação pela população utente (Base XXX, n.º2).

Os inquéritos aos utentes são hoje perspectivados como meios importantes para envolver as perspectivas dos doentes na avaliação, melhoria e desenvolvimento da prática da Medicina Geral e Familiar. Permitem monitorizar o desempenho e podem constituir-se como informação de retorno para os médicos de família interessados em alterar as suas rotinas na prestação de cuidados (Homberg *et al.*, 1998).

Neste contexto, pareceu-nos pertinente fazer um estudo inserido na temática da avaliação da satisfação do utente, como fonte de informação valiosa

para o conhecimento da qualidade dos cuidados prestados ao nível da consulta de Medicina Geral e Familiar num centro de saúde.

A escolha específica deste tipo de instituição assumiu maior sentido na medida em que se constatou, através do último Inquérito Nacional de Saúde de 1995/96, que os locais mais procurados pela população portuguesa para a obtenção de cuidados médicos, eram de facto estas unidades de Cuidados Primários de Saúde (nomeadamente a consulta de Medicina Geral e Familiar),

1.3 Objectivos do trabalho e metodologia utilizada

O objectivo genérico deste trabalho consistiu em avaliar a *satisfação dos utentes* face às consultas de Medicina Geral e Familiar num centro de saúde. Mais concretamente, pretendeu-se identificar os aspectos mais salientados, quer positiva, quer negativamente, pelos utentes, de forma a compreender melhor as suas necessidades e expectativas, ao nível deste tipo de cuidados médicos.

Assim, e no âmbito da *avaliação da satisfação do utente*, pretendeu-se estudar não só as avaliações que os utentes fazem de todo o processo burocrático pelo qual têm de passar no centro de saúde para terem acesso a esse tipo de consultas, mas também aferir das relações interpessoais que se estabelecem entre os utentes, o pessoal administrativo e os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) durante este processo.

Especificamente pretendeu-se:

1. Conhecer o funcionamento e a organização interna do centro de saúde no que concerne ao acesso às consultas de Medicina Geral e Familiar.
2. Conhecer as avaliações dos utentes relativamente às amenidades no centro de saúde.
3. Saber quais são as opiniões e valorizações dos utentes relativamente aos clínicos gerais/médicos de família.

Efectuou-se para tal um estudo descritivo e transversal a uma amostra aleatória da população utente do centro de saúde, à qual foi aplicado um questionário em entrevista individual.

1.4 Estrutura do Trabalho

O presente trabalho divide-se essencialmente em duas partes distintas. A primeira está relacionada sobretudo com as questões teóricas, a segunda, essencialmente direccionada para a pesquisa empírica.

Para a construção do enquadramento teórico pretendeu-se reunir um conjunto de áreas temáticas que na sua globalidade ajudassem à compreensão da problemática em estudo.

No primeiro capítulo apresentamos o quadro teórico de referência *da satisfação do utente* e a sua relação com a qualidade das prestações de saúde. No segundo capítulo o estudo de caso, a metodologia utilizada, e são também apresentados os resultados e as respectivas conclusões.

II - ENQUADRAMENTO

2.1 A especificidade das organizações de saúde: o caso do centro de saúde

As organizações de saúde fazem parte de um grupo relativamente restrito de organizações cujas finalidades se inserem na necessidade de garantir estabilidade e segurança da comunidade.

Shortell e Kaluzni (1983, cit. em Costa e Reis, 1993) referem que as organizações de saúde, públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, são muitas vezes descritas como sendo únicas ou, pelo menos, diferentes de outros tipos e organizações, em particular das empresas. Entre as diferenças mais frequentemente mencionadas na literatura, podem apontar-se as seguintes (Graça, 1994a: 11):

1. É sempre problemática e ambígua a definição dos seus objectivos ou finalidades;
2. A organização do trabalho é muito mais variada e complexa;
3. Grande parte da actividade é não programável e inadiável, devido às constantes situações de urgência médica;
4. O tipo de trabalho não permite grande margem de tolerância em relação à ambiguidade e ao erro: o seu objecto ou a sua matéria prima são seres humanos;
5. As actividades principais são altamente interdependentes, exigindo um elevado grau de coordenação e cooperação entre os diversos grupos profissionais (ex. médicos, enfermeiros, paramédicos, pessoal de apoio);

6. Existe um alto grau de especialização das actividades;

7. Os membros da organização são profissionais com forte espírito de corpo: a sua lealdade vai mais facilmente para a "classe" ou grupo sócio - profissional do que para a instituição onde trabalham;

8. A tecnologia é aplicada através de um padrão de interacção humana que só muito lentamente tem vindo a mudar, do clássico modelo de relação médico/doente - infantilizante, autoritária e assimétrica - para o modelo profissional/utente - relação baseada na negociação e cooperação, e em que a percepção da competência técnica e a qualidade da relação aparecem como critérios de satisfação importantes;

9. A garantia de qualidade dos cuidados baseia-se nos recursos e no processo de produção e não no produto;

10. O lucro não é um (ou não pode ser o único) critério de sucesso.

As características da relação assistencial (relativamente a outras situações de prestação de serviços), fazem do utente das organizações de saúde um caso à parte dos demais consumidores:

- A relação assistencial é normalmente uma relação de elevada duração temporal (veja-se o caso do acompanhamento de doenças crónicas), ao contrário de outros actos de consumo humano que são usualmente instantâneos;

- Em cuidados de saúde vamos ao encontro de verdadeiras necessidades do ser humano e não de desejos passageiros;

- Neste campo, o objectivo é reduzir a procura através da eficácia dos cuidados, contrariamente a outros mercados em que se fomenta constantemente nova procura;

- A carga emotiva que frequentemente está associada à prestação deste tipo de cuidados não é comparável à de um acto de consumo vulgar.

A noção de sucesso nas organizações de saúde é assim associada à capacidade de tratar bem os utentes, ou de satisfazer as suas necessidades, ou ainda de maximizar o seu bem-estar social (Costa e Reis, 1993). A qualidade dos cuidados deve satisfazer também as necessidades afectivas e de conforto dos indivíduos. Elas estão relacionadas com as medidas de humanização possíveis. Nas organizações de saúde a humanização seria a componente ou o elemento que melhora a aceitabilidade e a satisfação do cidadão.

No entanto, por razões educacionais, culturais, de condições de exercício e de sofisticação técnica, as organizações de saúde/serviços de saúde “ *têm vindo a tornar-se, em muitos casos, indiferentes à condição humana, e sobretudo, indiferentes ou pouco atentos à condição humana do indivíduo doente, provavelmente doente, ou simplesmente são, mas que procura cuidados de saúde para ele ou para os seus próximos*” (Imperatori, 1998: 53).

Vogüé (1975, cit. em Imperatori, 1998: 55) descreve algumas das condicionantes da desumanização nas organizações de saúde, que podem levar a que o doente seja considerado só um elemento da estratégia empresarial, uma fonte de benefícios ou um simples custo social que deve ser minimizado, submetendo-se às leis da rentabilidade:

- Entender o estabelecimento de saúde como uma máquina burocrática ou empresa prestadora de serviços. É a chamada industrialização da medicina, ou o problema mal resolvido da rentabilização dos meios, ou a automatização dos processos;

- Existir um poder médico incontestável, inacessível, embora securizante, com a consequente dificuldade de reconhecer erros ou negligências;

- Coexistir um poder de enfermagem, mais prático e controlador, com dependências directas, punições e uma certa “maternização”;

- Dispor de uma alta especialização. É quase possível dizer que, quanto mais diferenciado é o profissional, menos se lhe pede humanização;

- Existir conflitos por falta de coordenação ou por diluição da responsabilidade.

Marchese (1987, cit. em Imperatori, 1998: 55) refere que para ser verdadeiramente humano, o centro de saúde deve:

- Ser aberto e transparente, aceitando críticas, sugestões;

- Ser uma casa familiar, onde os indivíduos devem ser aceites tal como são e assim compreendidos e ajudados.

Tal como uma empresa, o centro de saúde, define-se antes de mais, por ser uma organização. Mais leve e menos estruturada do que o hospital, é certo, mas fundamentalmente uma organização.

Como unidade local, inserida numa comunidade, prestadora de cuidados de saúde primários e integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), o centro de saúde é definido como “uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, prestadora de cuidados primários, que visa a promoção e a vigilância

da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo-se, globalmente, a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade" (art. 2º do Regulamento dos centros de saúde, Despacho normativo n.º 97/83, de 22/04/83). Especificamente, o seu objectivo " é a promoção da saúde e a resolução de problemas de doença que não necessitam de cuidados especializados" (art. 6º).

Segundo Graça (1994a: 3) o centro de saúde pode ser descrito muito resumidamente nos seguintes termos:

- Tem uma finalidade própria (independentemente da sua missão ser ou não perceptível pela sua população - alvo);
- É o local de trabalho de grupos sócio-profissionais muito específicos (médicos, enfermeiros, paramédicos, etc.) que lidam com as questões da vida e da morte;
- Tem um sistema de poder e de autoridade, embora diferente de outras organizações;
- Tem, da mesma forma, um sistema técnico e organizacional de trabalho, com a particularidade do seu objecto de trabalho não serem apenas pessoas doentes mas também indivíduos, famílias e grupos inseridos numa determinada comunidade local, no seu contexto do seu dia a dia de vida e de trabalho;
- Apresenta uma cultura própria, em conexão com uma determinada representação social da saúde e da doença e do papel da medicina, diferente da cultura hospitalar.

O centro de saúde deve assumir o seu papel na elevação do nível de saúde da comunidade onde se insere, através da prática do processo de Promoção da saúde, nomeadamente complementando a prestação de cuidados, com cooperação intersectorial e a participação da comunidade e adaptando o seu espaço físico de forma a criar um ambiente humanizado e personalizado, para maior satisfação dos seus utentes.

2.2 O centro de saúde, numa perspectiva histórica

Exaustivamente tratado nos últimos 50 anos, o problema da Saúde, como responsabilidade pública, nasce da geração e institucionalização do Serviço Nacional de Saúde, no Reino Unido em 1947 e 1948 (Serrão *et al.*, 1998: 15).

Até então a saúde era uma questão individual e os custos com a sua manutenção e com a cura das doenças eram suportadas pela pessoa e/ou pela família. O estado, as organizações privadas, de assistência caritativa, em particular nos países latinos, intervinham apenas para suporte dos pobres que não tinham dinheiro nem condições para serem tratados em casa ou em hospitais privados.

Entre nós, a primeira Lei Orgânica da Saúde é datada de 1837, constituindo, com a reforma de 1868, as duas primeiras tentativas de actualizar o país face a novas experiências e conhecimentos.

Nos primórdios deste século, Ricardo Jorge, encarregado da reorganização dos serviços de saúde que passam então a designar-se por “Serviços de Saúde e Beneficência Pública”, elabora uma vasta legislação sobre a matéria, assente nos seguintes princípios (DEPS, 1996: 39):

- Luta contra as doenças evitáveis por meio de imunizações e vigilância dos factores de risco para o meio ambiente;
- Higiene no fabrico e comércio de géneros alimentícios;
- Formação de técnicos de saúde, designadamente médicos, engenheiros e agentes sanitários.

A prestação directa de cuidados de saúde à maioria da população era assim assegurada pela clínica livre, cabendo ao Estado apenas a assistência médica (assistência pública) aos pobres e indigentes.

Em matéria sanitária a Assistência Social terá uma acção de profilaxia e defesa contra a tuberculose, o cancro, as doenças infecciosas, através de institutos para eles vocacionados. Os cuidados de saúde continuavam a constituir responsabilidade do indivíduo e da família, desde que não prestados no âmbito da saúde pública ou por uma instituição de assistência a indigentes.

Em 1971 o estado reconhece em diploma legal, pela primeira vez, o direito à saúde de todos os cidadãos e são criados centros de saúde em quase todos os concelhos. Entre 1971 e 1985, os centros de saúde (denominados de primeira geração), foram criados no âmbito da Direcção Geral de Saúde com uma orientação que visava a interdisciplinaridade, o trabalho intersectorial e a prioridade a dar aos principais problemas de saúde de então.

A partir de 1986 assistiu-se ao que se chamou de segunda geração de centros de saúde. Mas, esta segunda geração de centros de saúde, revelou-se incapaz de responder às expectativas dos cidadãos e dos próprios profissionais. De facto, a organização dos centros de saúde de segunda geração contraria a comunicação e o sentido de equipa. A organização é normalmente Tayloriana, onde cada funcionário presta um serviço (tarefa) que representa apenas uma parte de uma actividade, sendo esta, por sua vez, uma parte da resposta às necessidades globais de saúde.

Pretende-se actualmente introduzir uma nova lógica de organização do trabalho e da gestão ao nível dos centros de saúde, de modo a levar à

substituição das tradicionais estruturas piramidais, autoritárias e rígidas, por outras matriciais, participativas e flexíveis, mais próximas dos utentes e da comunidade (Graça, 1994a).

A renovação da mentalidade sobre as organizações dos serviços de saúde não pode ser encarada de forma isolada das modificações verificadas no mundo do trabalho, tais como as derivadas da abordagem sócio-técnica, inspirada nos trabalhos realizados na década de 60 pelo Tavistock Institute of Human Relations de Londres, ou da abordagem antropocêntrica (*human centred systems*) da década de 90 (Kovács, 1993 e 1994).

Importa recordar que, até há poucas décadas, a concepção orgânica do mundo empresarial baseava-se num modelo *burocrático-mecanicista*, inscrito numa lógica *taylorista-fordista*, cujas principais características assentavam num discurso de avanço tecnológico, baseado nos princípios da “*divisão dicotómica, fragmentação do trabalho, centralização das decisões e do controlo sobre o processo produtivo*” (Kovács, 1992: 19).

Neste contexto, o Ministério da Saúde pretende implantar os centros de saúde de terceira geração. Este projecto (Projecto Alfa)¹ visa desenvolver uma dinâmica de mudança no funcionamento nestas organizações de cuidados primários. Pretende-se prestar cuidados de alta qualidade, para isso, definiu-se um novo conceito de centro de saúde (no sentido funcional) com aligeiramento da estrutura e a assistência baseada em pequenos grupos de médicos de

¹ Pretende-se com este projecto ao nível da Medicina Familiar, promover a acessibilidade (disponibilidade durante um horário mais alargado, melhor acesso em situações agudas, melhor assistência no domicílio); fomentar a complementaridade de competências, (potenciação de competências, capacidades e aptidões, quebra do isolamento profissional - dinâmica de formação permanente e qualidade). No que concerne à enfermagem pretende-se privilegiar a colaboração com os médicos de família, e o trabalho em equipa.

família, colaboração inter-profissional, numa perspectiva de promoção da saúde e autonomia.

Outra inovação introduzida para a melhoria da qualidade e da necessária flexibilização dos serviços ao nível dos centros de saúde (e também dos hospitais) é o cartão do utente do Serviço Nacional de Saúde, que propõe numa primeira fase reduzir os processos burocráticos, de modo a facilitar a obtenção instantânea de informação, proporcionando, assim, melhorias qualitativas do acesso e reduzindo a circulação incómoda de pessoas e os tempos burocráticos perdidos nos guichets de atendimento.



2.3 A clínica geral e o médico de família

A Clínica Geral/Medicina de Família é, antes de tudo, uma medicina da pessoa. Cada cidadão deve ser compreendido e atendido na sua globalidade biológica, psicológica, social e cultural. A Família continua, no entanto, e apesar das enormes transformações sofridas pela estrutura da família nas sociedades industrializadas, *“a ser um contexto fundamental a ter em conta na compreensão dos fenómenos de saúde e doença - o adoecer na família, a família face à doença, a família como geradora ou modeladora dos fenómenos de doença, a família doente, etc. Nessa perspectiva a Clínica Geral, continua-se e aprofunda-se na Medicina de Família”* (APMCG, 1991: 7).

O médico especialista em Medicina Geral e Familiar é um profissional qualificado para prestar cuidados de elevada qualidade à comunidade em que está inserido, sendo reconhecido por todos como o coração essencial do sistema de cuidados de saúde. Desenvolve a sua actividade fundamentalmente em centros de saúde que devem funcionar eficientemente e em colaboração com outros colegas e outros profissionais da saúde.

Por definição e filosofia, o clínico geral é o primeiro elemento do sistema de saúde organizado, a que o indivíduo recorre quando tem um problema de saúde. Nenhuma outra especialidade, como a Clínica Geral, *“combina de forma tão integrada, os conhecimentos biomédicos com a informação que nos vem das ciências do comportamento. Demonstra-se assim que a Clínica Geral não se esgota na definição de especialidade generalista, por mais abrangente que o conceito seja”* (Brito de Sá, 1995: 11).

O médico de família/clínico geral “ não é um multi-sub-especialista, é um especialista de uma medicina mais global, a sua função específica não é meramente técnica, tem a cargo a pessoa do doente no seu contexto social e afectivo (...) o seu papel consiste (...) em cuidar de qualquer ser humano, integrada como uma pessoa total no seu meio, introduzir as necessidades e pedidos do paciente tanto em termos biológicos e patológicos como em termos sociais” (Lucas e Barbosa, 1983: 44).

Uma das tarefas da actual Medicina Geral e Familiar é repor a importância que o médico sempre teve - desde a antiguidade - como conselheiro para a saúde, papel que parece ter sido ofuscado pelo brilho da tecnização da medicina (Rodrigues, 1997).

O clínico geral é, ainda, o único médico permanentemente centrado numa abordagem proactiva, isto é, não se limita a esperar que o problema surja, antes actua preventivamente de modo sistemático, antecipando os problemas possíveis. A sua actuação verifica-se assim, não só na doença, mas muito concretamente na saúde (Brito de Sá, 1995).

2.4 A relação médico - paciente

Há muito que é reconhecida a importância de uma boa relação médico-paciente para uma boa prática da Medicina Geral e Familiar (Brito de Sá, 1995). Mas a relação médico-doente representa uma das mais complexas interações sociais.

O contacto do clínico geral - médico de família com o utente *“é um encontro de dois sistemas simbólicos historicamente determinados de pensamento, de sentir e de agir que se reflectem intimamente na percepção mútua da doença, na representação das suas causas e possibilidades da cura e que se integram nos mitos, tabus e símbolos através dos quais determinadas sociedades assimilam as noções de sofrimento, de doença, de vida e da morte (Lucas e Barbosa, 1983: 44).*

Também segundo os contributos teóricos de François Robin e Nicole Robin (1978, cit. em Silva, 1996) o saber médico adquire uma força específica, que se manifesta numa certa dimensão de poder. Assim, segundo os autores, ao médico é-lhe conferido um estatuto de *“mágico”, “senhor todo o poderoso”,* capaz de gerar efeitos benéficos, possuidor de um carisma especial, uma aura particular, e um estatuto paternal.

Nos anos cinquenta os americanos Szasz e Hollender, (1956 cit. em Graça, 1994a: 11) identificavam três modelos de relação médico-doente:

- *Activity - Passivity (actividade - passividade):* o médico é um sujeito activo e o doente um objecto passivo. Este modelo justifica-se por exemplo em unidades de cuidados intensivos em situações limite de vida/morte em que o

doente se mostra totalmente incapaz de interagir. A este nível portanto não se pode falar de relação de poder.

- *Guidance Cooperation (cooperação guiada ou tutelada)*: todos os casos menos graves de doença aguda, em que o médico dá orientações ou conselhos que o doente é esperado acatar. Este modelo está mais próximo do conceito normativo de “*sick role*” de Talcott Parsons, que preconizava uma clara subordinação do paciente em relação ao prestador, e em que se estabelecia uma relação assimétrica e infantilizante. Aqui a relação de poder é desigual mas implica uma certa ideia de reciprocidade.

- *Mutual participation (co-participação)*: é o caso da doença crónica ou da reabilitação, em que o papel do médico é sobretudo o de ajudar o doente a ajudar-se a si próprio. Médico e doente partilham, de maneira equilibrada, a responsabilidade pela prestação dos cuidados.

No centro de saúde a relação prestador-utente é uma relação assimétrica, em termos de poder, aproximando-se do modelo de cooperação guiada ou tutelada. No entanto, assiste-se hoje a nível do centro de saúde a uma evidente mudança de papéis na relação médico de família-utente, em que a percepção técnica e humana do médico é, cada vez mais, um aspecto decisivo da avaliação que o utente faz da relação terapêutica (Graça, 1994a).

Na perspectiva de Reis (1998: 161) esta mudança de papéis está relacionada com a integração do paradigma *holístico* na área da saúde. Segundo este autor a “*Medicina Holística apresenta-se, pois, bastante diferente da medicina tradicional baseada no modelo biomédico. (...) Na medicina tradicional, o paciente tem um papel passivo e o terapeuta representa a autoridade epistemológica. A relação é pois*

desigual. A este respeito, o modelo biopsicossocial parece acompanhar o biomédico. Pelo, contrário, a Medicina Holística atribui à pessoa um papel activo e participativo”.

Pretende-se, assim, fazer emergir um novo conceito na prática Medicina Geral e Familiar, que foi designado de *aliança terapêutica*, que se pretende implantar também como uma filosofia, estruturada na base da partilha de interesses entre o doente e os profissionais de saúde, baseada numa visão global da situação de doença, envolvendo o utente e a sua família na procura terapêutica (Pereira, 1987). Tende-se, assim, a passar de uma cultura tradicionalmente autoritária face ao doente, para uma cultura baseada na colaboração e comunicação prestador/paciente.

Muitos investigadores têm estudado os pedidos dos pacientes quanto aos serviços de saúde no geral e quanto ao seu grau de satisfação sobre o médico que consultam.

Like e Zyzanski (1986, cit. em Sixma *et al.*, 1998) debruçaram-se sobre este assunto e concluíram que os pedidos dos pacientes em relação aos seus médicos de Medicina Geral e Familiar podiam ser organizados em cinco áreas e que por ordem decrescente eram as seguintes:

- Informação sobre os seus problemas médicos (“medical information”);
- Apoio psicossocial (“psychosocial assistance”);
- Escuta terapêutica (“therapeutic listening”);
- Aconselhamento sobre temas de saúde (“general health advice”);
- Tratamento biomédico (“biomedical treatment”).

As dimensões anteriores resultam do tratamento de respostas individuais a um questionário de 25 itens sobre os serviços mais pedidos pelos pacientes.

Good *et al.* (1987) também no âmbito desta temática, concluíram que os pacientes consideram adequado ir ao médico de família pedir ajuda por problemas emocionais e familiares, e pensam ser mesmo apropriado discutir problemas laborais e da sua vida social. No entanto, só uma pequena parte dos pacientes que admitiram ter tido este tipo de problemas, os tinham apresentado ao médico.

Também Brody (1989) nas suas pesquisas encontrou uma relação significativa entre a satisfação do utente com o médico de Medicina Familiar e Geral e a satisfação com os aspectos psicossociais da relação terapêutica.

Lucas (1996) salienta que, actualmente, os cidadãos aspiram a ter médicos de Medicina Geral e Familiar em que confiem, em que têm confiança, médicos que conhecem e que os conhecem, com quem têm uma intensa e duradoira relação pessoal, garantia única da longitudinalidade de cuidados, da efectiva comunicação dos problemas de saúde e da própria qualidade de cuidados. Segundo o mesmo, os pacientes não precisam de levar para casa uma *“mera requisição de análises, de uma TAC, um diagnóstico e uma requisição de medicamentos. Os doentes precisam de se sentir, apoiados, animados, encorajados. Os doentes precisam de suporte social do médico”* (1996: 20).

2.5 A satisfação dos utentes

2.5.1 O conceito de satisfação

As pesquisas de satisfação no âmbito da saúde tiveram início nos anos 50, e eram feitas, basicamente, por sociólogos (Graça, 1994c).

Podemos considerar como impulsionadores da pesquisa na área da *satisfação do utente* Parsons ² e Balint ³, com o seu modelo da relação médico-paciente, que alertava para a necessidade de observarmos as necessidades e os desejos dos utentes de saúde (Noronha Filho, 1990).

Numa primeira abordagem, ainda muito rudimentar, a satisfação tornava-se num pré-requisito de cuidados de saúde de qualidade (Williams, 1994).

As várias movimentações e alterações sociais ocorridas nos anos 60 e 70 originaram um aumento do envolvimento dos consumidores em todas as formas da vida social. A crença no valor da opinião do consumidor, ao assumir cada vez maior importância, foi o princípio orientador destas mudanças. Mas

² Este investigador reconhece pela primeira vez a importância da medicina na sociedade, tornando-a objecto privilegiado de análise sociológica como instituição social. Na sua perspectiva a doença aparece conceptualizada como desvio social, os processos terapêuticos como formas de controlo social e as relações sociais entre médico e doente organizam-se segundo um modelo de interacção social onde surgem bem definidos os respectivos papéis (Carapinheiro, 1993).

³ O autor no princípio dos anos 50 começa um estudo sobre a relação entre os fenómenos que ocorrem entre o clínico geral e os seus doentes. Segundo o mesmo o medicamento mais utilizado em Clínica Geral é no fundo o próprio médico, ou seja os sucessos terapêuticos não dependem apenas dos medicamentos prescritos, mas também da forma como são prescritos, ou seja da "atmosfera" no seio da qual se processa a relação entre a pessoa doente e o seu médico (Caldas de Almeida, 1987).

foi já na década de 80 que a satisfação do consumidor ganhou grande popularidade.

Mas, o que se entende concretamente por satisfação? O que estudam os autores quando escrevem sobre satisfação? Não encontramos um conceito unívoco de satisfação, já que os autores sublinham frequentemente as suas dimensões, os factores que a determinam ou são causados por ela, mas poucas vezes tentam uma teorização do conceito. O termo tem sido empregue para designar coisas diferentes, consoante o contexto em causa:

- Como atitude do consumidor em relação aos cuidados de saúde em geral;
- Como reacção do utente a um prestador específico;
- Como uma atitude do consumidor em relação a uma experiência concreta;
- Como um resultado desejado associado a outras realidades, tais como a qualidade dos cuidados ou as expectativas dos utentes.

Vejamos então, a que se referem diversos autores, quando estudam a *satisfação do utente*:

- Hulka (1975) concebe a satisfação estreitamente ligada à continuidade de cuidados, e relaciona com o facto de o paciente ter ou não um acompanhamento regular do médico.

- Segundo Larsen e Rootman (1976) a satisfação está relacionada com a conformidade da prestação do médico às expectativas dos utentes, aquilo a que apelidam de “physician conformity index”.

- Woolley *et al.* (1978, cit. em Carmel e Glick, 1996) concluem que a satisfação global é o resultado de quatro variáveis: a satisfação com os resultados, a continuidade de cuidados, as expectativas dos utentes e a relação interpessoal médico-paciente.

- Fisk *et al.* (1990) sugerem que a satisfação só é obtida quando a relação assistencial supera as expectativas do utente.

- Carr-Hill (1992) afirma que a satisfação do utente é uma atitude determinada pela confirmação/desconfirmação das expectativas.

- Donabedian (1992, cit. em Formigli e Silva, 1994), por seu turno, defende que a componente técnica dos cuidados pode de facto ser reconhecida à posteriori pelos indivíduos, através da verificação dos resultados alcançados pelos tratamentos.

São várias as formas de abordar o tema, constatando e descobrindo os autores, na sua maioria, a multidimensionalidade do fenómeno, mas não desenvolvendo uma teoria psicosociológica do mesmo. Um contributo muito importante na área da conceptualização da *satisfação do utente* foi dado por Linder-Pelz (1982) que definiu a satisfação como resposta emocional à avaliação que o utente faz de uma experiência assistencial.

A satisfação do utente será assim uma atitude, uma avaliação positiva ou afectiva das diversas dimensões em que se desdobra o processo de cuidar.

A satisfação é uma atitude individual com um processo específico de formação, relativamente à qual influências de ordem pessoal e social, tais como as experiências anteriores dos utentes, condições sócio-demográficas ou

expectativas, determinam a avaliação positiva ou negativa que é feita do encontro com o prestador.

Mas, seja o que for que a satisfação realmente signifique, ela deve reflectir, pelo menos em parte, a relação entre médico e utente, mesmo que esta relação se baseie em atitudes, crenças, valores ideológicos ou éticos dos indivíduos. Será sempre o produto final de um processo de comparação e avaliação.

2.5.2 A avaliação da satisfação dos utentes

Fitzpatrick (1991) refere que existem três razões para que os profissionais de saúde considerem seriamente a satisfação dos utentes como uma medida de avaliação dos serviços. Em primeiro lugar, porque é evidente que a satisfação é uma importante medida de resultados. Pode prever se o utente cumpre o tratamento prescrito ("*compliance*") e/ou se vai mudar de prestador. Em segundo lugar, é uma medida cada vez mais utilizada na avaliação de consultas e padrões de comunicação (tais como, a capacidade de transmitir informação, ou de envolver o utente nas decisões sobre o tratamento). Em terceiro lugar o "feed-back" do utente pode ser utilizado sistematicamente para escolher entre métodos alternativos de organizar ou prestar cuidados de saúde (como por exemplo, a duração das consultas ou o coordenação de cuidados " Fora de Horas").

Para Steiber e Krowinsky (1990) conhecer os "standards" do utente - paciente pode ser não só um excelente modo de melhorar a gestão dos serviços, mas também de melhorar a prestação de cuidados.

Sabemos já que a satisfação dos utentes tem uma importância crescente no que concerne à qualidade dos cuidados prestados. Mas, são frequentemente aduzidos vários argumentos que exprimem a relutância em incluir as avaliações dos utentes nos programas de avaliação da qualidade.

Nelson (1990), limita fortemente a legitimidade da satisfação no contexto da qualidade, porque:

- Os conhecimentos dos utentes são insuficientes para avaliar correctamente a competência técnica dos profissionais de saúde;
- O utente pode ser facilmente influenciado pelo seu estado físico e emocional, enviesando os seus julgamentos;
- Não sendo especialistas da técnica e arte de cuidar, são muitas vezes incapazes de compreender o propósito de certas condutas ou procedimentos;
- Os utentes não se conseguem lembrar com exactidão e pormenor de todos os aspectos envolvidos no processo de tratamento;
- Os utentes mostram-se muitas vezes inibidos em manifestar o que realmente pensam, visto se encontrarem numa situação de dependência em relação aos prestadores.

Porém, tanto Donabedian como Vuori sintetizam, com elevado grau de concordância, a ligação do tema da satisfação ao da qualidade global dos cuidados de saúde.

Vuori (1982) salienta a relevância do conhecimento da satisfação/insatisfação do utente, já que este é fonte única de informação (enquanto receptor por excelência dos cuidados) e também porque a opinião do utente permite detectar problemas quer de ordem assistencial quer de ordem não assistencial (estes últimos menos tangíveis e, por isso, de mais difícil avaliação).

Donabedian (1988) defende que a satisfação do utente deve ser considerada como um resultado a atingir na prestação de cuidados de saúde e que ao utente/paciente está guardado um triplo papel: é, numa primeira abordagem, um definidor de qualidade, ao mesmo tempo que é um avaliador



ou juiz dessa mesma qualidade e, em último lugar, funciona como veículo de informação que permite a terceiros conhecer e estudar a qualidade dos cuidados prestados.

Lengnick-Hallk (1994, cit. em Dolinsky, 1995), distingue os quatro papéis fundamentais dos utentes numa instituição de saúde:

- Matéria-prima - “supplier” - o utente é a razão de existência de uma instituição ou serviço de saúde. O utente é o “input” sobre o qual esforços vão ser desencadeados na tentativa de obtenção de determinados resultados;

- Participante - “participant” - o doente deve desempenhar um papel activo no seu tratamento e recuperação, podendo ser considerado como um “produtor” de saúde. O resultado de um acto de saúde pode estar, à partida, comprometido, se um paciente não estiver motivado a colaborar, transmitindo correctamente os sintomas, seguindo instruções de terapêutica, ou acatando estilos de vida que lhe são recomendados, isto, é, se não houver interacção entre utente e prestador. Melhorias físicas, psíquicas e comportamentais parecem estar directamente associadas ao grau de envolvimento do paciente/participante na sua recuperação, e à sua satisfação com os cuidados que lhe são prestados.

- Produto - “product” - o utente corporiza os resultados e as melhorias na qualidade de vida que uma instituição de saúde é capaz de proporcionar à comunidade.

De facto, para a melhoria da qualidade dos cuidados é fundamental o conhecimento das opiniões dos utentes, na realidade “o desafio, tanto técnico quanto político-institucional, é exactamente este: criar dentro dos serviços uma praxis

permanente e rotineira de utilização das informações sobre o utente/doente para avanços na qualidade.(...) Ouvir o sem voz, não só passará a ser uma necessidade da qualidade que sonhamos, mas um resgate e um aperfeiçoamento de sua dignidade como cidadão e consumidor” (Noronha Filho, 1990: 63).

Neste contexto, assiste-se ao aparecimento progressivo de análises que perspectivam o paciente/utente não como mero objecto organizacional, mas como sujeito, instituído de uma multidimensionalidade que deve ser conhecida e valorizada em favor das próprias organizações de saúde.

2.5.3 O papel da satisfação dos utentes na avaliação da qualidade dos cuidados

A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde visa não só garantir a eficácia e a melhoria dos mesmos mas também a sua completa adequação às necessidades dos consumidores.

Os primeiros estudos sobre a qualidade de cuidados foram, muito provavelmente, levados a cabo por Romanos, que, ao que tudo indica, terão feito registos sobre a eficiência dos seus hospitais militares (Sale, 1998).

Donabedian (1966) reconhece que o início do conceito cientificamente válido da moderna qualidade e garantia de qualidade em saúde surgiu em Boston com o cirurgião Codman no início do século. Pela primeira vez é iniciado e acabado um trabalho pioneiro sobre resultados de saúde.

Contudo, Florence Nightingale, uma geração anterior, *“já registava por escrito as suas observações e utilizava as informações recolhidas para aferir o nível desses cuidados e melhorar os serviços prestados em áreas deficitárias”* (Sale, 1998: 13).

Actualmente, a alta qualidade dos serviços de saúde justifica-se por razões de diversa índole:

- Sociais - porque os cidadãos se tornam cada vez mais exigentes e têm maiores expectativas relativas à saúde e aos cuidados;
- Éticas - porque os prestadores têm o dever de assegurar uma qualidade de cuidados de acordo com o nível científico atingido;
- Profissionais - porque a qualidade prestigia o prestador e é cada vez mais tida em conta no exercício e no percurso profissional;

- Económicas - porque as disponibilidades orçamentais são sempre pequenas em relação às necessidades, o que obriga à melhor utilização dos recursos.

A literatura, baseada na construção de Donabedian (1966), refere habitualmente três abordagens que podem ser desencadeadas para efectuar a avaliação da qualidade:

- A abordagem das *estruturas*, que se debruça sobre as características dos serviços prestadores (físicos, organizacionais e humanos) em que decorre um acto de saúde;

- A abordagem dos *processos*, que incide sobre a relação prestador/utilizador, ou seja, analisa os aspectos dinâmicos de processo assistencial e a forma como os cuidados são prestados tendo em conta o problema de saúde em si;

- A abordagem de *resultados*, cujo enfoque dominante é a avaliação das efectivas mudanças no estado de saúde dos utentes após as intervenções de saúde, ou seja, permite saber quais as melhorias obtidas com os cuidados proporcionados.

Assim, podemos olhar a satisfação como indicador de qualidade, na medida em que ela reflecte as opiniões dos utentes em relação às condições ou características tanto de estrutura, como de processo ou mesmo de resultados dos cuidados a que foram sujeitos (Santos, 1993).

Poderá definir-se, de uma forma simples, qualidade de cuidados, como o grau em que o processo através do qual são afectos recursos a um doente é consistente com resultados que seria razoável esperar.

Santos (1993: 29) refere que “cuidados de saúde de qualidade são o tipo de cuidados que se espera que maximizarem uma medida inclusiva de bem-estar do paciente, tendo em conta o balanço esperado de ganhos e perdas referentes a todas as partes do processo de prestação de cuidados de saúde”.

Existem três componentes fundamentais da avaliação da qualidade em saúde:

- A componente *técnica* - o modo como a ciência e a sabedoria médicas são aplicadas ao diagnóstico e tratamento de um problema médico.

- A componente *interpessoal* - refere-se à interação utente/prestador; a qual pode ser decomposta em duas vertentes, a instrumental (que diz respeito à troca de informação), e a sócio-emotiva (que se refere à troca de conteúdo afectivo).

- A componente *amenidades* - diz respeito às propriedades de um estabelecimento, ou à dos próprios cuidados.

A satisfação dos utentes aparece assim como uma componente da qualidade dos cuidados, sendo um resultado que se deseja obter no processo de prestação. Não poderá existir uma elevada qualidade dos cuidados se o utente estiver insatisfeito.

2.5.4 As dimensões da satisfação

Segundo Weiss e Ramsey (1989) há quatro factores determinantes da satisfação do utente:

- Características dos utentes - variáveis sócio-demográficas, estado de saúde, expectativas;
- Características dos profissionais - traços de personalidade, arte e a técnica da qualidade dos cuidados prestados;
- Aspectos da relação médico-utente - a clareza e a integralidade da comunicação, o resultado de encontro;
- Factores estruturais e de localização - acesso, pagamento, tempo de tratamento, marcação de consultas.

Os estudos de Hall e Dorwan (1990) salientam como dimensões de satisfação, a humanização, a informação, a qualidade global, a competência técnica, o acesso/disponibilidade, o custo, a continuidade e os resultados.

Por seu turno, Graça (1994c) refere também várias dimensões da satisfação do utente:

- Acessibilidade/conveniência;
- Disponibilidade de recursos;
- Continuidade, integração e personalização dos cuidados;
- Eficácia dos cuidados;
- Custo (em termos financeiros);
- Amenidades e humanização;
- Recolha de informação (por parte do utente);

- Prestação de informação (por parte dos profissionais);
- Percepção da qualidade/competência (em termos técnicos).

Os autores Wilkin, Hallam e Doggett (1992) limitam a sua análise apenas a quatro dimensões, que são a conduta do médico, a utilidade dos cuidados, a continuidade/conveniência dos cuidados e os aspectos da acessibilidade.

Sisk (1996) considera como dimensões da satisfação a qualidade interpessoal e técnica, o custo e o acesso. Neste último aspecto, salienta o tempo de espera até obter a consulta, o tempo de espera antes de entrar para o consultório, a localização e a disponibilidade de obter esses cuidados.

Em conclusão, mais uma vez se confirma que o estudo da satisfação dos utentes é um fenómeno multidimensional. Daqui resulta a necessidade de especificar os conceitos e as dimensões que se pretendem medir quando se realiza um estudo deste tipo.

III - ESTUDO DE CASO

3.1 Caracterização do centro de saúde

O Centro de Saúde X faz parte da Sub-Região de Saúde de Setúbal e da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e é dentro do Serviço Nacional de Saúde responsável pela prestação de Cuidados de Saúde Primários a uma freguesia do Concelho do Seixal. A população abrangida ronda os 54000 habitantes⁴. O centro de saúde dispõe de um Serviço de Atendimento Prolongado, que funciona de 2^a a 6^a feira das 8 às 24 horas.

Segundo o registo da população total por clínicos gerais, este centro de saúde possui cerca de 39558⁵ utentes inscritos, destes cerca de 20959 são mulheres e 18599 são homens. De salientar ainda que deste total existem 11978 utentes sem médico de família (6859 mulheres e 5119 homens). Também segundo o registo da actividade médica de adultos (maiores de 14 anos) o centro de saúde atendeu no primeiro trimestre de 1998 cerca de 16073 utentes.

Os médicos de Clínica Geral/Medicina Familiar que aqui trabalham são cerca de 17, existindo ainda 2 médicos especialistas, de acordo também com as únicas consultas de referência existentes: Saúde Materna e Pediatria. O pessoal de enfermagem é constituído por 20 profissionais, e o administrativo por 14.

⁴ Dados fornecidos pela Junta de Freguesia.

⁵ Dados fornecidos pelo centro de saúde.

3.1.1 Instalações e equipamentos

As instalações para o exercício da prática médica e de enfermagem nos centros de saúde, ou em qualquer organização de saúde, devem propiciar um ambiente seguro, confortável e adequado a profissionais e utentes. Neste contexto, iremos referenciar os aspectos que consideramos mais críticos nesta dimensão.

Encontramos em todos os pisos do centro de saúde (quatro pisos) quatro salas de espera bastante amplas e com grande luminosidade, mas estas salas estão apetrechadas em média com 20 a 25 cadeiras, que nos períodos de maior afluência de utentes ao centro de saúde se tornam insuficientes, deixando muitos utentes à espera em pé, nas salas de espera ou nos corredores. Muitas vezes os doentes aglomeram-se à porta dos gabinetes dos médicos, fazendo algum barulho, não permitindo o isolamento sonoro necessário às consultas médicas.

Em todos os pisos do centro de saúde existe uma a duas casas de banho em relativo estado de conservação, mas em nenhuma se encontra material renovável de higiene. Também o acesso aos pisos superiores do centro de saúde está de alguma forma condicionada a utentes com problemas de locomoção, pois não existe elevador nem qualquer outro meio que facilite esse acesso.

3.1.2 O funcionamento e a organização

O funcionamento e o bom uso de um serviço de saúde depende de numerosos factores, uns mais dependentes da organização dos serviços e outros que a transcendem e como tal mais complexos. Tentámos investigar aqueles que se nos afiguraram mais importantes.

O centro de saúde começa a funcionar às 8 horas, no entanto aproximadamente desde as 6 horas da manhã já se podem encontrar utentes fora das instalações a aguardar vez para obtenção de vagas para as consultas.

Quando o utente não consegue consulta, significa que o mesmo tem de recorrer ao Serviço de Atendimento Prolongado⁶ (só para os casos mais urgentes) ou voltar no dia seguinte e repetir o mesmo processo.

Para os utentes sem médico de família/clínico geral de referência o atendimento é proporcionado por médicos destacados para o efeito. O que não significa que o acesso a esses médicos seja mais facilitado, para além de ter ainda a desvantagem de esses médicos mudarem sistematicamente, impossibilitando assim a longitudinalidade⁷ dos cuidados de saúde para estes utentes.

⁶ O atendimento prolongado (SAP) destina-se a situações que não podem ser observadas pelo médico de família na sua actividade normal e em que a natureza da patologia não obriga a recorrer ao hospital. Não deverá, portanto, ser organizado como serviço autónomo nem constituir uma unidade, funcionando em paralelo com o centro de saúde.

⁷ Convém aqui fazer a distinção entre longitudinalidade e continuidade dos cuidados. Assim, a continuidade é o mecanismo que permite o seguimento de um problema de saúde num paciente concreto, a continuidade não exige uma relação pessoal, mas o encadeamento dos sucessivos contactos com o sistema de saúde por um mesmo problema. Longitudinalidade é a relação pessoal, entre um médico e o seu paciente e o seguimento dos diversos problemas desse paciente ao longo do tempo (Miranda *et al.*, 1997).

Os utentes sem médico de família têm ainda outra desvantagem: o apoio domiciliário do clínico geral aos pacientes que se encontram de baixa médica não lhes é garantido. O que causa como é natural bastantes problemas a doentes que se encontram debilitados fisicamente e que não se podem deslocar ao centro de saúde.

3.2 Metodologia de investigação

3.2.1 Selecção das dimensões a avaliar

Como já foi referenciado anteriormente neste estudo, os atributos que são avaliados pelos utentes relacionam-se com dimensões distintas dos cuidados de saúde. Com base na revisão bibliográfica, atingimos três dimensões a avaliar, que por sua vez foram divididas em vários aspectos a observar. Os indicadores dizem respeito às perguntas específicas usadas para descrever e explorar os aspectos e as dimensões dos cuidados prestados no centro de saúde.

As dimensões em análise são as seguintes:

- **Facilidade de acesso às consultas** - Está relacionada com a acessibilidade/disponibilidade dos serviços face à procura destes por parte dos utentes, tendo em conta factores como: sistema de marcação das consultas; tempo de espera pelo atendimento. Não entrámos em linha de conta com a acessibilidade física e económica.

- **Amenidades** - As amenidades, como componentes da prestação de cuidados de saúde, são todo o tipo de atributos que podem contribuir para diminuir o desconforto ou a adversidade de um meio que nos é estranho. No centro de saúde consideraram-se dois aspectos respeitantes a esta dimensão: conforto da sala de espera e simpatia/amabilidade do pessoal administrativo e de enfermagem.

3.2.2 - Dimensões clínicas dos cuidados prestados - Relacionam-se com os aspectos relativos aos cuidados médicos, quer na sua componente interpessoal (referente à interacção utente/médico) quer na sua componente técnica (reporta-se ao nível de aplicação da ciência e tecnologia médica e é julgada pela sua efectividade).

3.2.2 Hipóteses e sub-hipóteses a testar

Considerando o quadro teórico anteriormente traçado, definiram-se quatro hipóteses, que se pretendem confirmar ou infirmar.

H1: Os utentes que estão atribuídos a um específico médico de família avaliam de uma forma mais positiva a acessibilidade às consultas de Medicina Geral e Familiar do que os utentes não atribuídos a um médico de família.

H2: Os utentes que estão atribuídos a um específico médico de família avaliam mais positivamente o atendimento do pessoal administrativo do que os utentes não atribuídos a um médico de família.

H3: Existe uma relação de dependência entre a satisfação dos utentes com o médico de família e as apreciações dos utentes relativamente à componente interpessoal da relação terapêutica.

H3': Os utentes que estão satisfeitos com os médicos de família tendem a estar mais satisfeitos com a componente interpessoal da relação terapêutica.

H3'': Os utentes que estão pouco/nada satisfeitos com os médicos de família tendem também a estar mais insatisfeitos com a componente interpessoal da relação terapêutica.

H4: Existe uma relação de dependência entre a satisfação com o médico de família e a avaliação da componente técnica da relação terapêutica.

3.2.3 Construção e administração do questionário

Neste estudo, foi usado um questionário (v. em Anexo) aplicado aleatoriamente por entrevista individual aos utentes com mais de 14 anos, que se encontravam nas salas de espera do centro de saúde. A aplicação do questionário aos utentes foi conduzido pela autora (tendo sido apresentada como aluna do Instituto Superior de Economia e Gestão) no centro de saúde, tendo esta aplicação decorrido entre o mês de Maio e as primeiras duas semanas do mês de Agosto de 1998. A demora média de aplicação do questionário a cada utente rondou os 10 minutos.

Tendo inicialmente calculado o tamanho da amostra para 200 utentes, só foi possível no entanto, entrevistar 61 utentes. Foi garantido aos inquiridos o anonimato e a confidencialidade das respostas, assim como lhes foi explicado a finalidade do questionário, procurando desde o início obter um clima de colaboração.

Os questionários foram aplicados em entrevista individual, pois este método apresenta numerosas vantagens. Conforme referiram Polit e Hungler (1985) o entrevistador controla a ordem das perguntas, evitando que os entrevistados passem de uma parte para a outra sem terem respondido, o que pode viciar as respostas.

Este método permite também ao entrevistador formular as perguntas e identificar as questões que suscitem dúvidas ao entrevistado o que evitará deficientes interpretações, assim como dá a oportunidade de motivar o

respondente, o que levará á obtenção de um maior número de respostas, e dá-nos a certeza de que quem responde é a pessoa que é objecto do estudo.

A elaboração do questionário foi um dos aspectos deste trabalho que assumiu uma maior importância, uma vez que ele constitui o principal instrumento de recolha de informação na avaliação do grau de satisfação dos utentes.

O questionário elaborado para este estudo contemplou 28 questões, que foram organizadas e colocadas em blocos temáticos.

A primeira, a segunda e terceira secções do questionário prendem-se respectivamente com os motivos frequentes da deslocação ao centro de saúde, com os pormenores da marcação de consultas, com o conforto das instalações, e com o atendimento administrativo e de enfermagem, tendo como finalidade auscultar as opiniões dos utentes relativamente a estes aspectos.

A quarta secção, pretende conhecer a avaliação dos utentes com e sem médico de família no que concerne às prestações médico-assistenciais.

A quinta secção, é constituída por uma questão que pretende avaliar a satisfação global com o centro de saúde.

A sexta secção inclui uma pergunta aberta às sugestões dos utentes, e a sétima, cinco questões de natureza sócio-demográfica.

O questionário foi essencialmente composto por perguntas fechadas, pois este tipo de perguntas, além de facilitar o preenchimento do questionário, uma vez que as respostas são dadas e registadas rapidamente, permite respostas objectivas e diminui a dispersão ou posições dúbias quanto a determinado assunto, facilitando ainda a sua posterior codificação.

Foi realizado um pré-teste do questionário por forma a verificar eventuais erros e dificuldades de aplicação. Após o pré-teste, o questionário sofreu algumas pequenas

modificações. Os dados, depois de codificados, foram sujeitos a tratamento computadorizado através do programa estatístico S.P.S.S (Statistics Package for Social Sciences).

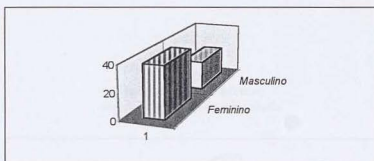


3.3 Apresentação e discussão dos resultados

3.3.1 Caracterização da amostra

Através do gráfico n.º1 verifica-se que a maioria dos utentes inquiridos são do sexo feminino (63,9%).

Gráfico n.º1
Distribuição dos utentes segundo o sexo



A média de idades é de 44 anos, situando-se a distribuição das idades num intervalo de valor mínimo de 16 anos e num máximo de 85 anos. A classe etária com maior representividade é a classe dos 25 aos 44 anos. O desvio padrão das idades é de 18,5 (gráfico n.º2).

Verificou-se que a maioria dos utentes inquiridos são casados (55,7%), 24,6% são solteiros, 11,5% enviuvaram e 8,2% são divorciados.

No que concerne ao grau de escolaridade, 36,1% dos inquiridos têm a frequência do ensino primário e 21,3% do ensino secundário, 16,4% do ensino preparatório e 13,1% têm curso médio e superior. Cerca 13,1% dos utentes não possuem qualquer habilitação escolar (gráfico n.º3).

Gráfico n.º2
Distribuição dos utentes segundo a idade

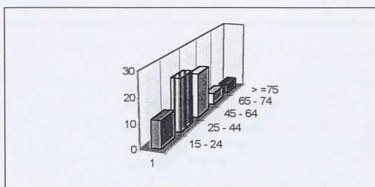
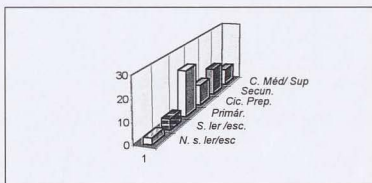
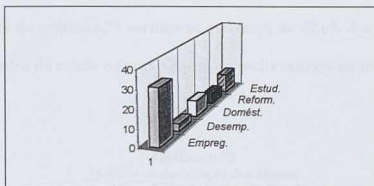


Gráfico n.º3
Distribuição dos utentes
segundo grau de escolaridade



Quanto à situação perante o emprego, 50,8% dos inquiridos estão empregados, enquanto que 18,0% são estudantes, 14,8% são domésticas, 9,8% reformados, e 6,6% desempregados (gráfico n.º4).

Gráfico n.º4
Distribuição dos utentes segundo
a situação perante o emprego

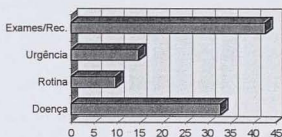


Relativamente ao rendimento, 52,5% dos utentes inquiridos mencionou um rendimento familiar mensal de 150 a 200 contos e 27,5% entre 50 a 100 contos.

3.3.2 Caracterização dos motivos da deslocação ao centro de saúde

Através do gráfico n.º5 verifica-se que cerca de 42,6% dos utentes que se desloca ao centro de saúde o faz por causa de pedir exames ou medicamentos.

Gráfico n.º5
Motivos de deslocação dos utentes
às consultas de medicina geral e familiar



Em relação a este aspecto convém sublinhar que muitas destas deslocações não implicam um contacto directo com o médico nem a necessidade de marcar uma consulta. Por exemplo, muitos utentes referem que quando precisam de medicamentos basta-lhes levarem o nome dos mesmos e o respectivo cartão de utente, para que a assistente do médico lhes resolva o problema.

Saliente-se, no entanto, que esta aparente facilidade não é vista pelos utentes de uma maneira muito positiva, pois o facto de isto acontecer significa apenas que não conseguiram obter consulta. Parece-nos também pertinente frisar, como aspecto negativo, o número reduzido de utentes que menciona deslocar-se ao centro de saúde por simples rotina (9,8%), pois no que se refere a

certos tipos de doenças, sabemos quão importante se pode tornar a prevenção, descurando-se assim uma das facetas mais importantes da Medicina Geral e Familiar.

3.3.3 Análise da satisfação dos utentes em relação à acessibilidade às consultas de medicina geral e familiar

Do ponto de vista dos utentes, existem dois factores que são fundamentais para a percepção da qualidade do serviço no centro de saúde, a capacidade para obter uma consulta rapidamente e o tempo gasto à espera do médico.

Por definição e filosofia, o clínico geral/médico de família é o primeiro elemento do sistema de saúde organizado a que o indivíduo recorre quando tem um problema de saúde. Se tivermos em conta o facto de a maioria dos problemas de saúde surgirem de modo inesperado, torna-se fácil compreender que uma boa acessibilidade a este tipo de cuidados - virtualmente vinte e quatro horas por dia todos os dias do ano - é fundamental.

Neste contexto, a secção 2 do nosso questionário procurou avaliar a satisfação dos utentes em relação à acessibilidade/disponibilidade do atendimento médico em Medicina Geral e Familiar.

Assim, no que concerne à facilidade de acesso à marcação de consulta, constatamos que este é um aspectos que é avaliado muito negativamente pelos utentes. De facto, cerca de 65,6% dos utentes inquiridos faz uma apreciação negativa deste aspecto: cerca de 31,1% dos mesmos considera que a acessibilidade é muito fraca e 41,0% considera-a fraca (v. gráfico n.º6).

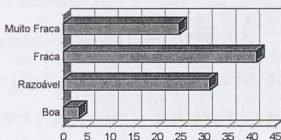
No que respeita ao tempo de espera pelo médico no dia da consulta, 60,7% dos utentes do centro de saúde refere que normalmente tem de esperar até uma hora para ser atendido. Em relação a este aspecto 62,3% dos inquiridos

responderam que não estavam nada satisfeitos, e 37,7% afirmaram estar relativamente satisfeitos.

Saliente-se que, para além do facto dos utentes perderem muito tempo à espera do médico, essa espera tem ainda muitas vezes de ocorrer, como já vimos, em pé, dada a insuficiência de cadeiras para os utentes nas alturas de mais movimento nas instalações.

Da análise da pergunta do questionário relativa às sugestões dos doentes, verificamos que, do ponto de vista do doente, os aspectos relacionados com a organização dos serviços no centro de saúde, eram os mais destacados.

Gráfico n.º6
Avaliação do acesso às consultas
de medicina geral e familiar



3.3.4 Análise da satisfação dos utentes em relação às amenidades

As amenidades, como já vimos, são todo o tipo de atributos que podem contribuir para diminuir o desconforto ou a adversidade de um meio que não nos é propriamente familiar.

O conforto físico tem a ver com o tipo de cadeiras, a iluminação, a disposição da sala, a cor, os cheiros, o barulho, as texturas. Todos estes aspectos afectam o grau de conforto do doente, ou, pelo contrário, podem mesmo favorecer o aumento de ansiedade do doente.

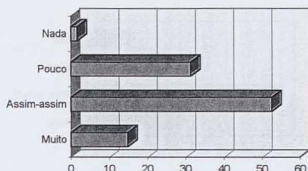
Os doentes e as suas famílias devem poder falar com os outros doentes, tal como devem poder exercer o direito de escolha de manterem a sua privacidade, o seu espaço próprio. A sala de espera deve ter revistas e livros recentes. Material de educação para a saúde e de prevenção de doenças deve estar disponível nas salas de espera (Lucas, 1996).

Também com prestadores simpáticos, os utentes/doentes poderão sentir-se mais à vontade para expressarem as suas dúvidas e mesmo os seus medos, sem receio de vir a ser “reprimidos” pelos prestadores.

Neste contexto, a secção 3 do nosso questionário procurou avaliar a satisfação dos utentes em relação às condições das salas de espera do centro de saúde e também a disponibilidade/afabilidade do pessoal administrativo e de enfermagem.

Em relação ao nível de conforto das salas de espera, 52% dos utentes acha que estas são razoavelmente confortáveis, 31% acha-as pouco confortáveis, cerca de 17% considera que são muito confortáveis (v. gráfico n.º7).

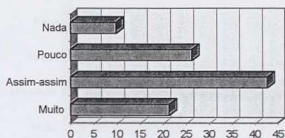
Gráfico n.º7
Avaliação dos utentes acerca do
conforto das salas de espera



Alguns dos utentes mencionaram o seu desagrado relativamente à falta de televisões e de revistas/jornais em algumas das salas de espera, e também à falta de cadeiras para todos os utentes nas horas de maior afluxo às consultas.

No que concerne ao atendimento administrativo (os funcionários responsáveis pelas marcações de consultas, pelas informações e pelo apoio a dar ao utente) 42,6% da população da nossa amostra considera que o pessoal administrativo é muito amável/simpático, 26,2% acha que este é relativamente amável/simpático (assim, assim) e 21,2% acha que é pouco simpático, e só 10% dos utentes considera que os mesmos não são nada simpáticos (v. gráfico n.º8).

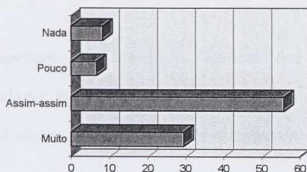
Gráfico n.º8
Avaliação dos utentes do
atendimento administrativo



Sendo os administrativos o “rosto” da organização, o primeiro contacto entre o utente e os serviços de saúde, verifica-se que a este nível existem alguns pontos de conflito, que resultam muitas das vezes mais da própria organização do trabalho no centro de saúde (ex. insatisfação quanto à falta de vagas para as consultas, tempos de espera demasiado longos etc.). A organização do trabalho é, por vezes, um obstáculo para o correcto desempenho do pessoal; muitas vezes, os utentes/doentes acabam por responsabilizar o pessoal administrativo, quando a origem do problema está na organização do trabalho médico.

Em relação aos enfermeiros do centro de saúde, cerca de 55,7% dos utentes inquiridos refere que os mesmos costuma ser relativamente amáveis/simpáticos, 29,5% acha que são sempre muito amáveis/simpáticos, e só 14,8% os avaliam como pouco (6,6%) ou nada (8,2%) amáveis (v. gráfico n.º9).

Gráfico n.º9
Avaliação dos utentes
do atendimento de enfermagem



Portanto, ao nível da relação pessoal dos utentes com estes dois grupos profissionais não se verificam grandes problemas, registando-se uma ou outra situação pontual de conflitualidade.

3.3.5 Análise da satisfação dos utentes em relação às dimensões clínicas dos cuidados prestados

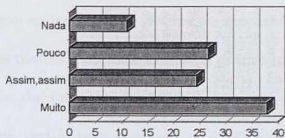
No respeitante às dimensões clínicas dos cuidados prestados, procurámos indagar, junto dos utentes, quais eram as avaliações dos mesmos relativamente a alguns aspectos da relação terapêutica, nomeadamente no que concerne:

- À **precisão dos cuidados** (ex. atenção dispensada pelos médicos);
- À **informação e apoio** (ex. informações sobre o que o utente queria saber acerca dos seus sintomas e da sua doença);
- À **deteção das necessidades dos doentes** (ex. facilidade com que o utente se sentiu à vontade para contar os seus problemas ao médico de família);
- Ao **tempo para cuidar** (ex. fazer o utente sentir que tem tempo suficiente nas consultas).
- À **efectividade dos cuidados médicos** (ex. os médicos do centro de saúde ajudam os utentes a sentirem-se suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias; proporcionam o alívio rápido de sintomas).

No que diz respeito à precisão de cuidados, que procurámos analisar com as perguntas relativas à atenciosidade dos clínicos gerais, através dos gráficos n.º10 e n.º11, vemos que os utentes sem médico de família estão mais insatisfeitos quanto a este aspecto. Cerca de 37,8% dos inquiridos da nossa amostra com médico de família (45 utentes) considera que recebe muita atenção do seu médico, 24,4% acha que recebe uma atenção relativa, 26,6% afirma que recebe pouca, 11,2% refere que não recebe nenhuma (v. gráfico n.º10).

Gráfico n.º10

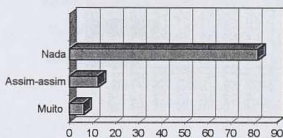
Avaliação dos utentes da atenciosidade dos médicos
(utentes com médico de família)



Dos 16 utentes inquiridos sem médico de família cerca de 81,3% dos mesmos manifesta insatisfação relativamente à atenção dispensada pelos médicos, 12,5% acha que esses médicos são relativamente atenciosos e só 6,2 considera que são muito atenciosos (v. gráfico n.º11)

Gráfico n.º11

Avaliação dos utentes da atenciosidade dos médicos
(utentes sem médico de família)



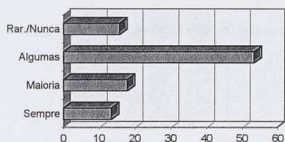
Relativamente a explicações ou informações e apoios recebidos durante as consultas (ex. explicações relacionadas com a natureza dos problemas de saúde, com o tipo de tratamento que irá ser efectuado, com os medicamentos prescritos e formas de os tomar, etc.) cerca de 53,6% dos utentes inquiridos com médico de família afirma receber esporadicamente informações relativamente a

este aspecto, e 17,8 % afirma receber algumas vezes, 15,3% diz mesmo que nunca costuma receber informações deste género, e só 13,3 % dos utentes refere que recebe sempre esclarecimentos acerca do seu estado de saúde e da forma como se deve efectuar os seus tratamentos (v. gráfico n.º12).

Da análise da satisfação/insatisfação no que concerne às explicações dadas aos utentes, verificámos que cerca de 48,9% dos utentes atribuídos a um específico médico de família, estavam insatisfeitos quanto a este aspecto.

Dos utentes sem médico de família verificámos que 87,7% dos utentes afirma não receber praticamente nenhum tipo de esclarecimentos durante as consultas (v. gráfico n.º13).

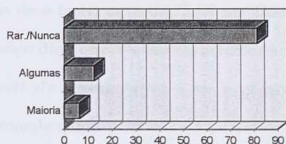
Gráfico n.º12
Avaliação dos utentes acerca das explicações/esclarecimentos
prestados durante as consultas
(utentes com médico de família)



Saliente-se, a este propósito, que as pesquisas que têm sido efectuadas nos últimos 25 anos, demonstraram tanto ao nível dos cuidados primários de saúde como secundários, que os utentes manifestam sempre uma relativa insatisfação no que se refere à satisfação com os esclarecimentos/informações dados pelos médicos (Ong *et al.*, 1995).

Gráfico n.º13

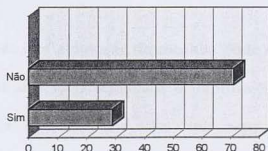
Avaliação dos utentes acerca das explicações/esclarecimentos
prestados durante as consultas
(utentes sem médico de família)



A forma como os clínicos detectam as necessidades dos seus pacientes foi já relacionada anteriormente com a facilidade com que os utentes se sentem à vontade para contarem os seus problemas pessoais aos médicos. Este aspecto foi analisado através da pergunta “Geralmente fala com o seu médico sobre problemas pessoais ou familiares?”. Assim, no que se refere a esta questão, cerca de 71,1% dos utentes inquiridos com médico de família afirmou que não costuma falar com o seu médico relativamente a problemas pessoais ou familiares e só 28,9 % afirmou que costuma falar (v. gráfico n.º 14).

Gráfico n.º14

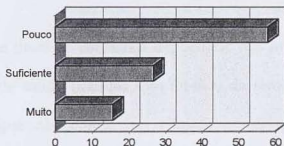
Comunicação com o médico
acerca de problemas pessoais e familiares
(utentes com médico de família)



Há que salientar, no entanto, que os utentes que não costumam comunicar sobre este aspecto com os seus médicos de família, assumem no entanto o desejo de o fazer; cerca de 72,4% manifestou-se nesse sentido. Em conclusão, podemos dizer que este aspecto assume para os utentes uma relativa importância e está de alguma forma a ser negligenciado pelos médicos de família neste centro de saúde.

No que diz respeito aos tempos de duração das consultas cerca de 15,5% dos utentes com médico de família considera que as suas consultas duram muito tempo, 26,7% acha que duram o tempo suficiente e 57,8% dos utentes acha que levam pouco tempo (v. gráfico n.º15).

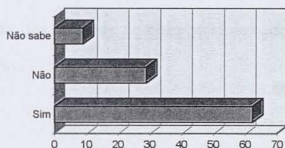
Gráfico n.º15
Avaliação dos utentes acerca
do tempo de duração da consulta
(utentes com médico de família)



Aceitando-se que a duração da consulta pode condicionar a quantidade e/ou a qualidade dos esclarecimentos e informações dadas pelos médicos, parece-nos que a ligação entre estes dois aspectos pode ser uma das justificações para a avaliação pouco positiva que os utentes têm da forma como os clínicos gerais prestam os esclarecimentos.

No que concerne à avaliação da competência técnica do médico (ex. efectividade de cuidados) mais de metade dos utentes inquiridos atribuídos a um específico prestador (cerca de 62,2%) acha que o seu médico de família é competente no que concerne à resolução dos problemas de saúde, 28,9% considera que não e 8,9% dos utentes afirma não saber avaliar a competência do seu médico (v. gráfico nº16).

Gráfico n.º16
Avaliação da competência técnica do médico
(utentes com médico de família)



Quanto ao nível de confiança depositado nos médicos, para a resolução dos problemas de saúde (utentes sem médico de família), cerca de 81,3% dos utentes refere que não confia nos clínicos gerais que geralmente lhe são atribuídos quando se deslocam ao centro de saúde, e só 18,7% menciona que ter confiança nesses clínicos.

Sobre a mudança de médico 66,7% dos utentes com médico de família não manifestou esse desejo. A dificuldade em conseguir médico de família, justifica a nosso ver este resultado. Saliente-se a este respeito que alguns dos utentes inquiridos referiram que se encontram à espera de médico de família há 2 anos.

Como já vimos, para os utentes sem médico de família/clínico geral de referência o atendimento é proporcionado por médicos destacados para o efeito, querendo isto dizer, que os utentes não conseguem com esta solução serem acompanhados sistematicamente pelo mesmo médico, perdendo-se assim o direito à longitudinalidade de cuidados de saúde.

Assim se justifica, segundo a nossa perspectiva, que quase todos os inquiridos sem médico de família demonstrem maior insatisfação (comparativamente com os utentes com médico de família) no que concerne às duas componentes da relação terapêutica (a componente técnica e interpessoal), e que a maioria dos mesmos desejem vir a ser atribuídos a um específico prestador (93,8%).

3.3.6 Verificação das hipóteses e sub-hipóteses

Para a verificação das nossas hipóteses de pesquisa tivemos de proceder a uma análise bivariada em que as variáveis intervenientes nas hipóteses propostas entram em correlação, para isso utilizamos o teste do χ^2 de Pearson por forma a verificar se é ou não rejeitada a hipótese nula de independência entre variáveis.

O ponto de partida para a utilização do teste de χ^2 é uma hipótese nula que supõe que não existe relação entre as duas variáveis em análise. Para se poder afirmar que existe uma relação entre duas variáveis na população donde foi retirada a amostra é preciso rejeitar a hipótese nula. Se se confirmar a hipótese nula, então tem de se rejeitar a afirmação da existência de uma associação.

Neste estudo trabalhou-se ao nível de significância de 5%, isto é, nível de não confiança, o que nos permite trabalhar com uma margem de confiança de 95%. A regra de decisão utilizada foi a seguinte:

- Se a probabilidade associada ao valor do quiquadrado for menor ou igual ao nível de significância será rejeitada a hipótese nula a favor da hipótese alternativa, isto é, existe associação entre as variáveis consideradas.

- Se a probabilidade associada ao valor do quiquadrado for maior que o nível de significância será considerada a hipótese nula, isto é, não existe associação entre as variáveis consideradas.

Saliente-se ainda que o teste do χ^2 não deve ser aplicado às variáveis quando se obtiverem 20% de células com valores menores que 5 (Bryman e

Cramer, 1993), assim, fizeram-se, aglutinações de resultados para respeitar esta condição.

Nomeadamente, foram associados os resultados de “muito satisfeito” com “satisfeito” e de “pouco satisfeito” com “nada satisfeito”, por forma a obtermos somente duas categorias de respostas para os aspectos relativos à satisfação com o acesso às consultas médicas, com o tempo de espera, com o atendimento administrativo e médico.

Para testar a hipótese 1, que pressupõe que a satisfação dos utentes com o acesso aos cuidados (variável dependente) está relacionada com o facto do utente estar ou não atribuído a um específico prestador (variável independente), dos cruzamentos efectuados (v. tabela n.º1 e n.º2), verificou-se que as probabilidades associadas ao valor do χ^2 são sempre superiores ao nível de significância de 5%.

Tabela n.º1
Utentes atribuídos ou não a um médico de família,
segundo a satisfação com o acesso às consultas
de medicina geral e familiar

Satisfação com o acesso	Muito/satisfeito	Pouco/nada satisfeito	Total
Médico de família	F(%)	F(%)	F(%)
Sim	15 (33,3)	30 (66,7)	45
Não	6 (37,5)	10 (62,5)	16
Total	21	40	61

$$\chi^2 = 0,09 \quad g^1 = 1 \quad p = 0,763$$

Tabela n.º2
 Utentes atribuídos ou não a um médico de família,
 segundo a satisfação com os tempos de espera

<i>Satisfação com os tempos de espera</i>	<i>Muito/satisfeito</i>	<i>Pouco/nada satisfeito</i>	<i>Total</i>
<i>Médico de família</i>	<i>F(%)</i>	<i>F(%)</i>	<i>F(%)</i>
Sim	20 (44,4)	25 (55,6)	45
Não	3 (18,8)	13 (81,3)	16
Total	23	38	61

$$\chi^2 = 3,31 \quad g1 = 1 \quad p = 0,068$$

Assim, constata-se que não existe associação entre o utente estar atribuído a um específico médico de família e a avaliação que o mesmo faz da acessibilidade aos cuidados de Medicina Geral e Familiar. Rejeita-se a nossa hipótese inicial favor da hipótese nula, ou seja, ao nível do nosso estudo de caso existe independência entre o facto do utente estar ou não atribuído a um médico de família e as apreciações que o mesmo faz relativamente ao acesso aos cuidados médicos no centro de saúde.

A hipótese 2 que prevê que a satisfação dos utentes com o atendimento administrativo (variável dependente) é dependente do facto do utente também estar ou não atribuído a um específico prestador (variável independente), também não foi confirmada, aceita-se assim a hipótese nula, que prevê que não existe associação entre estas duas variáveis.

De facto, da associação efectuada (v. tabela n.º3) verificou-se que as probabilidades associadas ao valor do quiquadrado calculado são sempre superiores ao nível de significância de 5%.

Tabela n.º3

Utentes atribuídos ou não a um médico de família,
segundo a satisfação com o pessoal administrativo

<i>Satisfação com o pessoal admi.</i>	<i>Muito/satisfeito</i>	<i>Pouco/nada satisfeito</i>	<i>Total</i>
<i>Médico de Família</i>	<i>F(%)</i>	<i>F(%)</i>	<i>F(%)</i>
Sim	25(55,6)	20(44,4)	45
Não	7(43,8)	9(56,2)	16
Total	32	29	61

$$\chi^2 = 0,65 \quad g1 = 1 \quad p = 0,41$$

Também a hipótese 3 e sub-hipóteses 3' e 3'' serão confirmadas caso se encontrem, em geral, coeficientes de correlação positivos e estatisticamente significativos entre a variável dependente (satisfação com o médico de família) e as variáveis explicativas ou independentes (as apreciações dos utentes relativamente à componente interpessoal da relação terapêutica). Se tal facto não se verificar teremos de aceitar a hipótese nula, que significa que não podemos associar estes aspectos.

Como já foi referido anteriormente a avaliação da componente interpessoal da relação terapêutica pode ser dividida em duas vertentes, a instrumental e a emotiva. Assim, para análise da vertente emotiva/afectiva da relação terapêutica, a análise do tratamento estatístico do cruzamento de variáveis permite constatar que os utentes com médico de família que estão mais satisfeitos com a atenção dispensada pelo prestador, também manifestam mais satisfação com o mesmo (v. tabela n.º 4).

Tabela n.º4
Satisfação com o médico de família,
segundo a satisfação com a atenção dispensada
(utentes com médico de família)

<i>Satisfação com o médico</i>	<i>Muito/satisfeito</i>	<i>Pouco/nada satisfeito</i>	<i>Total</i>
<i>Atenção dispensada</i>	<i>F(%)</i>	<i>F(%)</i>	<i>F(%)</i>
Muito/satisfeito	21(84.0)	4(16.0)	25
Pouco/nada satisfeito	7(35.0)	13(65.0)	20
Total	28	17	45

$$\chi^2 = 11,3 \quad gl = 1 \quad p = 0,000$$

Os nossos resultados são semelhantes aos estudos de Cleary e McNeil (1988) que verificaram nas suas pesquisas que os pacientes estavam mais satisfeitos com os cuidados dos seus médicos, se considerassem que os mesmos eram atenciosos e sensíveis às suas necessidades.

Para a análise da vertente instrumental da componente interpessoal da relação utente-prestador, relacionamos a satisfação com o médico com a satisfação relativamente a esclarecimentos/explicações prestados ao utente pelos médicos, verificou-se existir associação estatisticamente muito significativa entre estes dois aspectos (v. tabela n.º5)

Tabela n.º5
Satisfação com o médico de família,
segundo a satisfação com as explicações/esclarecimentos
(utentes com médico de família)

<i>Satisfação com o médico</i>	<i>Muito/satisfeito</i>	<i>Pouco/nada satisfeito</i>	<i>Total</i>
<i>Satisfação com explicações</i>	<i>F(%)</i>	<i>F(%)</i>	<i>F(%)</i>
Muito/satisfeito	16 (64.0)	9 (36.0)	25
Pouco/nada satisfeito	5 (25.0)	15 (75.0)	20
Total	21	24	45

$$\chi^2 = 6,79 \quad gl = 1 \quad p = 0,009$$



Ainda relacionado com a vertente instrumental da relação terapêutica foram considerados os aspectos relativos à duração das consultas e comunicação com o médico acerca de problemas pessoais e familiares.

Pode observar-se na tabela n.º6 que os utentes que costumam falar com o seu médico relativamente a problemas pessoais ou familiares também tendem a estar mais satisfeitos com o mesmo, da mesma forma que os utentes que não falam estão mais insatisfeitos. Num estudo realizado por Bertakis *et al.* (1992, cit. em Buetow, 1995) chegou-se às mesmas conclusões.

Tabela n.º6

Satisfação com o médico de família,
segundo a satisfação com a comunicação
(utentes com médico de família)

Satisfação com o médico	Muito/satisfeito	Pouco/nada satisfeito	Total
Comunicação com o médico	F(%)	F(%)	F(%)
Sim	13 (52.0)	12 (48.0)	25
Não	-	20 (100.0)	20
Total	13	32	45

$$\chi^2 = 14,6 \quad gl = 1 \quad p = 0,000$$

Da análise da tabela n.º7 verifica-se que os utentes que se mostram mais insatisfeitos com a duração da consulta, ou seja, que acham que a consulta demora pouco tempo, também estão insatisfeitos com o médico de família.

Também Howie *et al.* (1994, cit. em Buetow, 1995) encontraram uma associação entre a satisfação com o tempo de duração de um episódio de cuidados de saúde e satisfação com o prestador do mesmo.

Tabela n.º7
 Satisfação com o médico de família,
 segundo a satisfação com o tempo de duração da consulta
 (utentes com médico de família)

<i>Satisfação com o médico</i>	<i>Muito/satisfeito</i>	<i>Pouco/nada satisfeito</i>	<i>Total</i>
<i>Satisf. com a duração da consulta</i>	<i>F(%)</i>	<i>F(%)</i>	<i>F(%)</i>
Muito/satisfeito	16 (64.0)	9 (36.0)	25
Pouco/nada satisfeito	2 (10.0)	18 (90.0)	20
Total	18	27	45

$$\chi^2 = 13,5 \quad gl = 1 \quad p = 0,002$$

Assim, no que concerne aos cruzamentos efectuados verificou-se que as probabilidades associadas ao valor do χ^2 são sempre inferiores ao nível de significância de 5%, logo, a hipótese 3 e sub-hipóteses 3' e 3'' são deste modo confirmadas.

Em síntese, verificou-se que os utentes tendem estar mais satisfeitos com os médicos no centro de saúde se avaliarem positivamente a vertente instrumental e sócio-emotiva da componente interpessoal da relação terapêutica.

Para testar a nossa hipótese 4 relacionámos a avaliação da competência técnica do prestador (variável independente) com a satisfação com o mesmo (variável dependente). Saliente-se que nestes dois cruzamentos apenas foram considerados 41 respondentes, pois, cerca de 4 utentes afirmaram não saber avaliar a competência técnica do seu médico de família.

Os resultados para esta associação são estatisticamente significantes ao nível de confiança de 0,05. Verificámos assim que existia uma associação entre estas duas variáveis, de facto, observa-se que os utentes que avaliam positivamente a competência técnica do médico de família tendem a estar mais

satisfeitos com o mesmo da mesma forma os utentes que avaliam negativamente a competência técnica tendem a estar mais insatisfeitos (v. tabela n.º8).

Tabela n.º8
Satisfação com o médico de família,
segundo a avaliação da competência técnica
(utentes com médico de família)

Satisfação com o médico	Muito/satisfeito	Pouco/nada satisfeito	Total
Aval. da competência técnica	F(%)	F(%)	F(%)
Sim	22 (88,0)	3 (12,0)	25
Não	6 (37,5)	10 (62,5)	16
Total	28	13	41

$$\chi^2 = 11,4 \quad g l = 1 \quad p = 0,000$$

Este resultado também é compatível com os estudos de Shortell *et al.* (1977, cit. em Gray, 1979) que verificaram que a satisfação dos utentes com os cuidados médicos estava associada positivamente com a avaliação da competência técnica dos prestadores.

3.4 Conclusão

Com este trabalho, pretendemos demonstrar a utilidade das opiniões dos utentes e validações dos utentes, para a avaliação da qualidade ao nível das organizações de saúde.

A adopção, na saúde, dos princípios de controlo de qualidade vulgarmente utilizados na indústria, e cada vez mais nos serviços, implica que para além das tradicionais auditorias médicas e da revisão de pares neste sector, se reconheça, cada vez mais que o ponto de vista do utente pode fornecer informação pertinente à administração, programação e cuidados.

Do nosso estudo de caso, em termos concretos, pode-se concluir que os factores de maior insatisfação estão relacionados com a falta de disponibilidade do centro de saúde em atribuir a todos os utentes um médico de família, a dificuldade de marcação de consulta e o exagerado tempo de espera no dia da consulta.

Assim, a insatisfação observada relativamente aos aspectos organizativos do centro de saúde levam-nos a concluir que este centro de saúde deve intervir no que concerne à disponibilidade dos serviços e dos cuidados, numa perspectiva que tente satisfazer as necessidades da sua população utilizadora.

Através desta pesquisa constatou-se que esta unidade de cuidados primários se mesma continua a pautar (como a maioria no nosso país) por esquemas rígidos que negam a necessária flexibilidade para a adequação de horários, facilidade de contactos, programação de consultas e atendimento rápido em certas situações.

No que concerne às nossas hipóteses de pesquisa, nomeadamente à hipótese nº1 e nº2, constatámos que não existia relação entre o facto dos utentes estarem atribuídos a um específico clínico geral (longitudinalidade de cuidados) e as apreciações que os mesmos faziam relativamente à acessibilidade às consultas médicas e ao atendimento administrativo.

A confirmação da nossa hipótese nº3 e respectivas sub-hipóteses, demonstrou quão importantes são para os utentes os aspectos emotivos e comunicacionais da relação médico-paciente em Medicina Geral e Familiar.

Miller (1989, cit. em Rebelo, 1993) caracterizou o utente de Medicina Geral e Familiar, como um paciente que tem problemas múltiplos e recorrentes, "stress" familiar ou interpessoal constante e que tem poucos recursos pessoais. Fazendo a ligação desta tipologia de utente de cuidados primários de saúde com os nossos resultados, compreende-se em parte que os aspectos sócio-afectivos e comunicacionais da relação terapêutica, assumam para os doentes/utentes grande relevo.

A confirmação da nossa hipótese 4 veio demonstrar que a satisfação com o médico está relacionada também com uma avaliação positiva da componente técnica da relação terapêutica.

Em conclusão, podemos dizer que após a realização deste estudo reforçamos a convicção de que a resposta a grande número questões em saúde, poderá residir na avaliação sistemática da satisfação do utente. Dar mais voz aos doentes, pode ser mesmo um importantíssimo instrumento/meio para uma moderna gestão dos serviços/organizações de saúde.

Bibliografia

- APMCG. (1991), *Um Futuro para a Medicina de Família em Portugal*, Direcção Nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, Lisboa: APMG.
- Avis, M. (1997), Incorporating patients' voices in the audit process, *Quality in Health Care*, 6, pp. 86-91.
- Bassett, M.T. ; Bijlmakers, L. ; Sanders, M. (1997), Professionalism, patient satisfaction and quality of health care: Experience during Zimbabwe's structural adjustment programme, *Social Science & Medicine*, 45:12, pp. 1845-1852.
- Bodstein, R.C. (1992), Ciências Sociais e saúde colectiva: Novas questões, novas abordagens, *Cadernos de Saúde Pública*, 8:2, pp. 140-149.
- Brito de Sá, A. (1995), Filosofia e prática da Clínica Geral: Consequências da sua especificidade, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 12, pp. 47-53.
- Brody, D. (1989), The relationship between patient's satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received, *Medical Care*, 27:11, pp. 1027-1035.
- Brown, T.J. (1997), Before the service encounter: referral variables influence patient perceptions of a specialist's service quality, *Marketing Health Services*, Spring, pp. 18-27.
- Bryman, A. Cramer, D. (1993), *Análise de Dados em Ciências Sociais - Introdução às Técnicas Utilizando o SPSS*, 2ª edição, Oeiras: Celta Editora.
- Buetow, S.A. (1995), What do general practioners and their patients want from general practice and they receiving it? A framework, *Social Science & Medicine*, 2, pp.213-221.
- Caldas de Almeida, J.M. (1987), A relação médico doente em Clínica Geral: A perspectiva de M. Balint, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, pp. 7-12.
- Caldeira da Silva, J.M. (1985), Garantia de qualidade dos cuidados médicos hospitalares - uma perspectiva global, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, pp. 7-14.
- Carapinheiro, G. (1993), *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*, Porto: Afrontamento.
- Carmel, S. ; Glick, M. (1996), Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit behavior pattern, *Social Science & Medicine*, 43:8, pp. 1253-1261.
- Carpenter, C.E. ; Bender, A.D. ; Nash, D.B. ; Cornman, J.M. (1996), Must we choose between quality and cost containment?, *Quality in Health Care*, 5, pp. 223-229.
- Carr-Hill, R.A (1992), The measurement of patient satisfaction, *Journal of Public Health Medicine*, Oxford: Oxford University Press, 14:3, pp. 236-249.

- Chesson, R. (1996), Low profile, high impact: The role of the sociologist in quality in health care, *Quality in Health Care*, 5:2, pp. 230-234.
- Cleary, P. ; McNeil, B. (1988), Patient satisfaction as an indicator of quality of care, *Inquiry*, 25, pp. 25-36.
- Constituição da República Portuguesa (1990), Lisboa: Rei dos Livros.
- Correia de Sousa, J. (1997), Visitas domiciliárias em Clínica Geral, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 14, pp. 222-235.
- Costa, C. ; Reis, V. (1993), O sucesso nas organizações de saúde, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11:3, pp. 59-68.
- DEPS (1996), *A Saúde em Portugal - 1994*, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Lisboa:DEPS.
- Dolinsky, A.L. (1995), Complaint intensity and health care services, *Journal of Health Care Marketing*, 15 :2, pp. 42-47.
- Donabedian, A. (1966), Evaluating the quality of medical care, *Millbank Memorial Fund Quartely*, 44, pp. 166-206.
- Donabedian, A. (1988), The quality of care: How can it be assessed, *Jama*, 23:30, pp. 1743-1748.
- Dubé, L. ; Bélanger, M.C. ; Trudeau, E. (1996), The role of emotions in health care satisfaction, *Journal of Health Care Marketing*, 16:2, pp. 45-51.
- Fernandes, J.C. (1993), A quem Interessa a relação médico-paciente, *Cadernos de Saúde Pública*, 9, pp. 21-27.
- Filho, J.R. (1989), Pesquisa em serviços de saúde: Uma necessidade urgente, *Cadernos de Saúde Pública*, 5:1, pp. 7-16 .
- Finkelstein, B.S. ; Silvers, J.B. ; Rosenthal, G.E. (1997), The importance of outcomes data in health care decision making and purchasing, *Marketing Health Services*, Summer, pp. 52-59.
- Fisk, T. ; Brown, K. ; Cannizzaro, K. ; Naftal, B. (1990), Creating patient satisfaction and loyalty, *Journal of Health Care Marketing*, 10:2, pp. 5-15.
- Fitzpatrick, R. (1991), Surveys of patient satisfaction: Designing a questionnaire and conduct a survey, *British Medical Journal*, 302, pp. 1129-1232.
- Formigli, V.A. ; Silva, L. (1994), Avaliação em Saúde: Limites e perspectivas, *Cadernos de Saúde Pública*, 1:1, pp. 80-91.
- Fox, J. ; Storms, D. (1981), A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care, *Social Science & Medicine*, 15, pp. 557-564.

- France, K.R. ; Grover, R. (1992), What is the health care product?, *Journal of Health Care Marketing*, 12:2, pp. 31-38.
- Frater, A. (1997), Quality of care in developing countries: Relevance and reality, *Quality in Health Care*, 6, pp. 179-180.
- Good, M.V. ; Good, B.J. ; Cleary, P.D. (1987), Do patient attitudes influence physician recognition of psychosocial problems in primary care, *Journal of Family Practice*, 25:1, pp. 53-59.
- Graça, L. (1992), O trabalho em equipa: Uma nova lógica de organização do trabalho e de participação na gestão, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, pp. 5-20.
- Graça, L. (1994a), *A Especificidade das Organizações de Saúde*, Lisboa:UAL, Cadeira de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, NL 19, 7p.
- Graça, L. (1994b), *Evolução do Sistema Hospitalar: Uma Perspectiva Sociológica*, Cadeira de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, Lisboa:UAL, T 896, 21p.
- Graça, L. (1994c), *Para uma Teoria da Satisfação dos Utentes de Serviços de Saúde*, Lisboa:UAL, Cadeira de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, NL119, 11p.
- Gray, L.C. (1979), Consumer satisfaction with physician provided services: A panel study, *Social Science & Medicine*, 14, pp. 65-73.
- Grol, R. (1996), Research and development in quality of care: establishing the research agenda, *Quality in Health Care*, 5, pp. 235-242.
- Hall, F.M. (1995), Patient satisfaction or acquiescence? Comparing mail and telephone survey results, *Journal of Health Care Marketing*, 15:1, pp. 54-55.
- Hall, J. ; Dornam, D. (1990), Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis, *Social Science & Medicine*, 30, pp. 811-818.
- Harris, L.E. ; Weinberger, M. ; Tierney, W. (1997), Assessing inner-city patients' hospital experiences, *Medical Care*, 35:1, pp. 70-76.
- Headley, D.E. ; Miller, S.J. (1993), Measuring service quality and its relationship to future consumer behavior, *Journal of Health Care Marketing*, 13:4, pp. 32-41.
- Henriques, J.M. (1989), A Saúde e o "homo economicus", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 7:2, pp.19-28.
- Homberg, P. ; Grol, R. ; Van den Hoogen, H. ; Van den Bosch, W. (1998), Assessment of management in general practice: Validation of practice visit method, *British Journal of General Practice*, 48, pp. 1743-1750.
- Hulka, B. (1975), Practice characteristics and Quality of primary medical care, The doctor-patient relationship, *Medical Care*, 18:10, pp. 46-65.

- Imperatori, E. (1998), Voluntariado, humanização e Qualidade, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16:2, pp. 51-58.
- Johanson, M. ; Larsson, U.S. ; Säljö, R. ; Svärdsudd, K. (1995), Lifestyle in primary health care discourse, *Social Science & Medicine*, 40:3, pp. 339-348.
- John, J. (1994), Referent opinion and health care satisfaction, *Journal of Health Care Marketing*, 14:2, pp. 24-30.
- Katz, A.M. ; Shotter, J. (1996), Hearing the patient's "voice": Toward a social poetics in diagnostic interviews, *Social Science & Medicine*, 43:6, pp. 919-931.
- Kóvacs, I. (1992), Novas Tecnologias, Organização e Competividade, in: *Sistemas Flexíveis de Produção e Reorganização do Trabalho*, CESO I&D, PEDIP, pp.17-61.
- Kóvacs, I. (1993), *Sistemas Antropocêntricos de Produção*, Lisboa: SOCIUS, Working Papers, ISEG-UTL, N°6.
- Kóvacs, I. (1994), A participação no contexto de competitividade, *Organizações e Trabalho*, Lisboa, APSIOT, 12, pp.11-28.
- Kraft, F.B. ; Goodwell, P.W. (1993), Identifying the Health conscious consumer, *Journal of Health Care Marketing*, Fall, pp. 18-25.
- Krane, R.L. ; Maciejewski, M. ; Finch, M. (1997), The relationship of patient satisfaction with Care and clinical outcomes, *Medical Care*, 35:7, pp. 714-730.
- Larsen, D. ; Rootman, I. (1976), Physician role performance and patient satisfaction, *Social Science & Medicine*, 10, pp. 29-32.
- Lawrence, M. ; Packwood, T. (1996), Adapting total quality management for general practice: evaluation of a programme, *Quality in Health Care*, 5, pp. 151-158.
- Linder-Pelz, S. (1982), Social determinants of patients satisfaction: A test of five hypotheses, *Social Science & Medicine*, 16, pp. 583-589.
- Lucas, J.S. (1984), Avaliar para garantir a eficácia do sistema de saúde, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2:3, pp. 38-47.
- Lucas, J.S. (1996), Centros de saúde em mudança: Utentes que expectativas, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 13:1, pp. 19-22.
- Lucas, J.S. ; Barbosa, A. (1983), A relação médico-doente na prática do clínico geral: Submeter ou responsabilizar?, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, pp. 42-46.
- Lupton, D. (1997), Consumerism, reflexivity and the medical encounter, *Social Science & Medicine*, 45:12, pp. 373-381.
- Lupton, D. ; Mclean, J. (1998), Representing doctors: discourses and images in the Australian press, *Social Science & Medicine*, 46:8, pp. 947-958.

- Lytle, R.S. ; Mokwa, M.P. (1992), Evaluating health care quality: The moderating role of outcomes, *Evaluating Health Care Quality*, 12:1, pp. 4-14.
- Mangelsdorf, A. (1979), Patient satisfaction questionnaire, *Medical Care*, 17, pp. 89-91.
- Miranda, J.A ; Pastor-Sánchez, R. ; Lópes-Miras, A. ; Pérez-Fernandez, M. ; Gérvas, J. (1997), Continuidade e longitudinalidade de cuidados de Clínica Geral em Portugal, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 14, pp. 389-399.
- Mummalaneni, V. ; Gopalakrishna, P. (1995), Mediators Vs. Moderators of patient satisfaction, *Journal of Health Care Marketing*, 15:4, pp. 16-22.
- Nelson, C. (1990), Patient satisfaction surveys: An opportunity for total quality improvement, *Hospital & Health Services Administration*, 35:3, pp. 409-427.
- Noronha Filho, G. (1990), O que fazer da literatura sobre a satisfação do utente: Uma proposta para os serviços, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8:2, pp. 59-63.
- Ong, L.M. ; De Haes, C.J. ; Hoos, A.M. ; Lammes, F.B. (1995), Doctor-patient communication: A review of the literature, *Social Science & Medicine*, 40:7, pp. 903-918.
- Ostasiewski, J.W. ; Boyt, T. ; Westfall, J.E. (1997), Building relationships with physicians, *Marketing Health Services*, Fall, pp. 12-18.
- Pereira, J.P. (1987), Será possível uma nova medicina?, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, pp. 185-191.
- Peyrot, M. ; Cooper, P.D. ; Schnapf, D. (1993), Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health services, *Journal of Health Care Marketing*, Winter, pp. 24-31.
- Phillips, D. (1996), Medical professional dominance and client dissatisfaction, *Social Science & Medicine*, 42:10, pp. 1419-1425.
- Polit, D. ; Hungler, B. (1985), *Investigação Científica em Ciências Sociais de la Saúde*, México:Interamericana.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L.V. (1992), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva.
- Rapert, M.I. ; Babakus, E. (1996), Linking quality and performance, *Journal of Health Care Marketing*, 16:3, pp. 39-73.
- Rebelo, L. (1993), Dois modelos de prática médica, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 10, pp. 245-254.
- Reis, J.C. (1998), *O Sorriso de Hipócrates - A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*, Lisboa: Vega.
- Rodrigues, J.G. (1997), Aconselhamento em saúde na Consulta de Medicina Geral e Familiar, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 14, pp. 336-342.



- Sale, D. (1998), *Garantia de Qualidade nos Cuidados de Saúde - Para os Profissionais da Equipa de Saúde*, Lisboa: Principia.
- Santos, M. (1993), Avaliação da qualidade na perspectiva do utente: Importância dos aspectos não técnicos da prestação, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11:4, pp. 29-45.
- Schraiber, L.B. (1995), O trabalho médico: Questões acerca da autonomia profissional, *Cadernos de Saúde Pública*, 11 :1, pp. 57-64.
- Serrão, D. ; Abrantes, A.; Veloso, A.B. ; Oliveira, G. ; Moreira, J.M. ; Delgado, M. ; Dinis de Sousa, M. (1998), *Reflexão Sobre a Saúde: Recomendações para uma Reforma Estrutural*, Conselho de Reflexão sobre a Saúde, Lisboa: CRES.
- Silva, C.A. (1996), *Centros de saúde: Cultura Organizacional na Encruzilhada da Cultura e da Identidade Profissional*, Tese de Mestrado, Universidade de Évora.
- Silva, M.F. (1994), *Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes das Consultas Externas do Hospital Garcia de Horta*, Lisboa: ENSP, 69p.
- Sisk, J.E (1996), Evaluation of medical managed care: Satisfaction, access and use, *Jama*, 276:1, pp. 50-55.
- Sixma, H. J. ; Spreeuwenberg, P.M.M. ; Van Der Pasch, M.A. (1998), Patient satisfaction with the general practitioner, *Medical Care*, 36:2, pp. 212-229.
- Steiber, S. ; Krowinsky, W. (1990), *Measuring and Managing Patient Satisfaction*, Chicago: American Hospital Publishing.
- Taylor, H. ; Mayberry, J.F. (1995), The patient's charter: A survey of hospital out-patients Views of their Rights and ability to exercise them, *Social Science & Medicine*, 40:10, pp. 1433-1434.
- Turner, P.D. ; Pol, L.G. (1995), Beyond patient satisfaction, *Journal of Health Care Marketing*, 15:3, pp. 45-53.
- Van Der Waal, M.A.E. ; Casparie, A.F. ; Lako, C.J. (1990), Quality of care: A comparison of preferences between medical specialists and patients with chronic diseases, *Social Science & Medicine*, 42:3, pp. 643-649.
- Vaz, A.M. ; Gouveia Pinto, C. ; Ramos, F. ; Pereira, J.A. (1996), *As Reformas dos Sistemas de Saúde*, Associação Portuguesa da Economia da Saúde, Lisboa: APES.
- Vuori, H.V. (1982), *Quality Assurance of Health Services Concepts and Methodology*, Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- Weiss, G.; Ramsey, C. (1989), Regular source of primary medical care and patient satisfaction, *Quality Review Bulletin*, 15:6, pp. 180-184.
- Wensing, M. ; Grol, R. ; Smits, A. (1994), Quality judgements by patients on General Practice Care: A literature analysis, *Social Science & Medicine*, 38 :1, pp. 45-53.

Wilkin, D. ; Hallam, L. ; Dogget, A. (1992), *Measures of need and outcome for Primary Health Care*, Oxford, Oxford University Press, 301p.

Williams, B. (1994), Patient satisfaction: A valid concept?, *Social Science & Medicine*, 38:4, pp. 509-516.

Woodside, A. ; Frey, L. ; Daly, T. (1989), Linking service quality, customer satisfaction and behavioral intention, *Journal of Health Care Marketing*, 9:4, pp. 5-17.

ANNEXCH

ANEXOS

1. Anexo 1: Descripción de la actividad
2. Anexo 2: Descripción de la actividad
3. Anexo 3: Descripción de la actividad
4. Anexo 4: Descripción de la actividad
5. Anexo 5: Descripción de la actividad
6. Anexo 6: Descripción de la actividad

ANEXO 1: Descripción de la actividad

1. ¿Cuál es el propósito de esta actividad?

2. ¿Cuál es el objetivo?
3. ¿Cuál es el contenido?
4. ¿Cuál es el resultado?

ANEXO 2: Descripción de la actividad

1. ¿Cuál es el propósito de esta actividad?
2. ¿Cuál es el objetivo?
3. ¿Cuál es el contenido?
4. ¿Cuál es el resultado?

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES**1ª SECÇÃO A DESLOCAÇÃO AO CENTRO DE SAÚDE**

1. Geralmente desloca-se ao Centro de Saúde:

1. Só em caso de doença
2. Para consultas de rotina
3. Em caso de urgência
4. Para pedir receitas/exames
5. Outros motivos ? Quais _____
6. Não responde

2ª SECÇÃO ACESSO ÀS CONSULTAS

2. Alguma vez já neste ano precisou de ser consultado / visto pelo médico sem ter consulta marcada ?

1. Sim
2. Não α P 3.
3. Não sabe
4. Não responde

2.1 Conseguiu ser visto?

1. Sim α P3.
2. Não
3. Não sabe / Não recorda
4. Não responde

2.2 O que é que aconteceu ?

3. Em geral, e da sua experiência aqui no Centro de Saúde, qual é sua a avaliação da acessibilidade às consultas médicas ?

1. Uma avaliação muito boa
2. Uma avaliação boa
3. Uma avaliação razoável
4. Uma avaliação fraca
5. Uma avaliação muito fraca
6. Não sabe
7. Não responde

4. Geralmente quanto tempo tem que aguardar na sala de espera antes de ser atendido pelos médicos nos dias da consultas ?

1. Menos de meia hora
2. De meia hora a uma hora
3. De uma hora a duas horas
4. Mais de duas horas
5. Não sabe/não recorda
6. Não responde

4.1 Quanto a este aspecto considera-se:

1. Muito satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco
4. Nada satisfeito
5. Não responde

<h3>3ª SECÇÃO AMENIDADES</h3>

5. Acha que o local (salas de espera) onde costuma aguardar para ser atendido pelos médicos ou enfermeiros é confortável ? Muito ou pouco ?

1. Muito confortável
2. Assim, assim
3. Pouco confortável
4. Nada confortável
5. Não sabe
6. Não responde

6. Considera que o pessoal administrativo que o costuma atender é normalmente atencioso/simpático consigo? Muito ou pouco?

1. Muito atencioso
2. Assim, assim
3. Pouco atencioso
4. Nada
5. Não sabe
6. Não responde

6.1 Quanto a este aspecto considera-se:

1. Muito satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco
4. Nada satisfeito
5. Não responde

7. Acha que as enfermeiras que o atendem mostram geralmente interesse/atenção/simpatia por si? Muito/a ou pouco/a?

1. Muito
2. Assim, assim
3. Pouco
4. Nada
5. Não aplicável
6. Não sabe
7. Não responde

7.1 Quanto a este aspecto considera-se:

1. Muito satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco
4. Nada satisfeito
5. Não responde

4ª SECÇÃO CUIDADOS MÉDICOS*INQUIRIDOS COM MÉDICO DE FAMÍLIA*

8. Tem médico de família ?

1. Sim
2. Não
3. Não responde

9. Acha que o seu médico de família costuma ser atencioso consigo? Muito ou pouco?

1. Muito
2. Assim, assim
3. Pouco
4. Nada
5. Não sabe
6. Não responde

10. O seu médico de família costuma explicar-lhe o que se passa com a sua saúde (dá-lhe explicações relativamente à sua doença/tratamentos)?

1. Sempre
2. A maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente ou nunca
5. Não responde

10.1 Quanto a este aspecto considera-se:

1. Muito satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco
4. Nada satisfeito
5. Não responde

11. Geralmente fala/pede conselhos ao seu médico de família sobre problemas/assuntos pessoais ou familiares ?

1. Sim
2. Não
3. Não responde



11.1 Gostaria de falar ?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

12. Normalmente acha que as suas consultas, demoram muito pouco ou o tempo suficiente?

1. Muito
2. Suficiente
3. Pouco
4. Não recorda / Não sabe
5. Não responde

12.1 Quanto a este aspecto considera-se:

1. Muito satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco
4. Nada satisfeito
5. Não responde

13. Sente-se satisfeito com o seu médico de família? Muito ou pouco?

1. Muito
2. Assim, assim
3. Pouco
4. Nada
5. Não sabe
6. Não responde

14. Acha que o seu médico é uma pessoa competente ?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe
4. Não responde

15. Gostaria de mudar de médico de família ?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe
4. Não responde

PARA OS INQUIRIDOS QUE NÃO TÊM MÉDICO DE FAMÍLIA

16. Considera que o/os médico (s) que o/a costuma assistir neste Centro de Saúde de uma forma geral é/são atencioso (s) consigo? Muito ou pouco?

1. Muito
2. Assim, assim
3. Pouco
4. Nada
5. Não sabe
6. Não responde

16.1 Quanto a este aspecto considera-se :

1. Muito satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco
4. Nada satisfeito
5. Não responde

17. Geralmente esses médicos costumam dar-lhe informações sobre o seu estado de saúde ?

1. Sempre
2. A maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente ou nunca
5. Não responde

18. Sente-se satisfeito com esse(s) médico (s) ?

1. Muito satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco
4. Nada satisfeito
5. Não responde

19. Tem confiança nesse (s) médico (s) ?

1. Muita
2. Assim, assim
3. Pouca
4. Nenhuma
5. Não sabe
6. Não responde

20. Gostaria de ter médico de família ?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe
4. Não responde

5ª SEÇÃO - AVALIAÇÃO GLOBAL DO CENTRO DE SAÚDE

21. Globalmente, considera que este Centro de Saúde lhe presta uma assistência:

1. Muito boa
2. Boa
3. Razoável
4. Má
5. Muito má
6. Não sabe
7. Não responde

6ª SECÇÃO - SUGESTÕES

22. Se fizesse uma sugestão o que gostaria de ver mudado neste Centro de Saúde?

[illegible]

**7.ª SECÇÃO CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS
DOS UTENTES**



23. Sexo

1. Masculino
2. Feminino

24. Idade _____

25. Estado Civil

1. Casado / vive Maritalmente
2. Divorciado
3. Viúvo
4. Solteiro
5. Não responde

26. Escolaridade

1. Não sabe ler nem escrever
2. Sabe ler e escrever
3. Primária
4. Ciclo Preparatório
5. Secundário
6. C. Médio/Superior
7. Não responde

27. Situação profissional

1. Empregado
2. Desempregado
3. Reformado
4. Estudante
5. Não aplicável
6. Não responde

28. Rendimento

1. Menos de 50.
2. Entre 50 a 100.
3. Entre 150 a 200
4. De 250 a 300
5. Mais de 300
6. Não responde